



مشكلة تعاطى المخدرات

(بنظـرة علميـة)

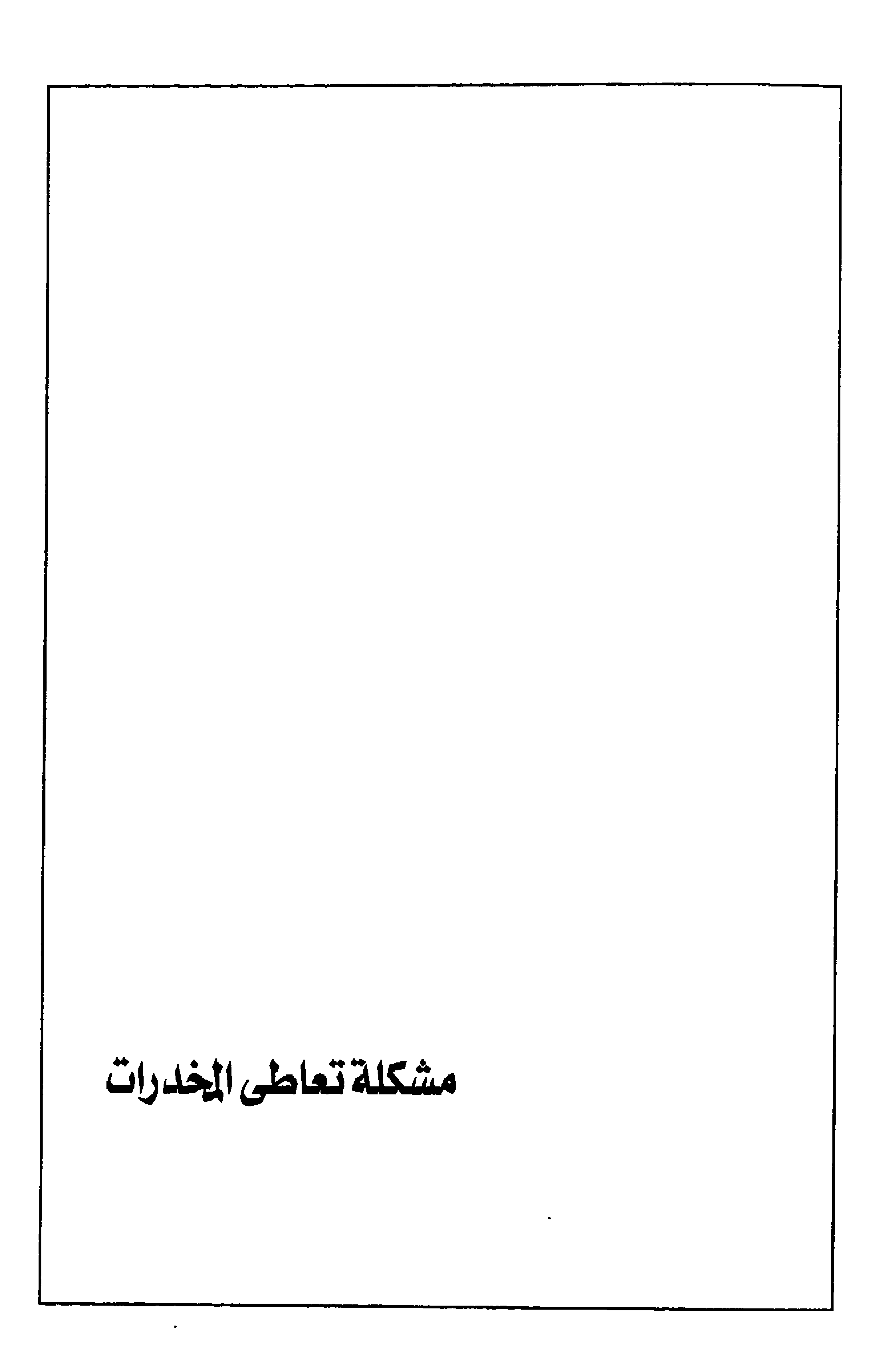


الهيئة المصرية
العامة للكتاب

إهــــــــداء ٢٠٠٧

اسرة المرحوم الدكتور / السيد عبد الحليم الزيات

جمهورية مصر العربية



مشكلة تعاطى المخدرات

لوحة الغلاف

اسم العمل الفنى: **تجريد ١٩٧٠**

التقنية: **ألوان زيتية على جص**

المقاس: **٤٠ × ٧٢ سم**

حميد العطار (١٩٣٥ -)

فنان عراقى، درس الفن فى القاهرة، وهو مصور تجريدى يبحث عن عالم المطلق، ويستخدم خامة الجص الناعمة الملساء مستفيدًا بتأثير الألوان الزيتية عليها حيث تعطينا الإحساس بالأكاسيد والألوان ذات الكيمياء المشابهة لخامة النحاس المطروق، والتكوين محكم وبسيط، يوحى بالعمق والبروز.

محمود الهندى

مشكلة تعاطى المخدرات

د. مصطفى سويف

طبعة خاصة
تصدرها الدار المصرية اللبنانية
ضمن مشروع مكتبة الأسرة

على سبيل التقديم :

نعم استطاعت مكتبة الأسرة باصدراتها عبر الأعوام الماضية أن تسد فراغا كان رهيباً فى المكتبة العربية وأن تزيد رقعة القراءة والقراء بل حظيت بالتفاف وتلهف جماهيرى على إصدارتها غير مسبوق على مستوى النشر فى العالم العربى أجمع بل أعادت إلى الشارع الثقافى أسماء رواد فى مجالات الإبداع والمعرفة كادت أن تنسى وأطلعت شباب مصر على إبداعات عصر التنوير وما تلاه من روائع الإبداع والفكر والمعرفة الإنسانية المصرية والعربية على وجه الخصوص ها هى تواصل إصداراتها للعام التاسع على التوالى فى مختلف فروع المعرفة الإنسانية بالنشر الموسوعى بعد أن حققت فى العامين الماضيين إقبالاً جماهيرياً رائعاً على الموسوعات التى أصدرتها. وتواصل إصدارها هذا العام إلى جانب الإصدارات الإبداعية والفكرية والدينية وغيرها من السلاسل المعروفة وحتى إبداعات شباب الأقاليم وجدت لها مكاناً هذا العام فى « **مكتبة الأسرة** » .. سوف يذكر شباب هذا الجيل هذا الفضل لصاحبته وراعيته السيدة العظيمة/ **سوزان مبارك**..

د. سمير سرحان



مهرجان القراءة للجميع ٢٠٠٢

مكتبة الأسـرة

برعاية السيدة سوزان مبارك

سلسلة الأعمال الفكرية

مشكلة تعاطى المخدرات

د. مصطفى سويف

طبعة خاصة تصدرها الدار المصرية

اللبنانية ضمن مشروع مكتبة الأسرة

الغلاف

والإشراف الفنى:

الفنان : محمود الهندى

الإخراج الفنى والتنفيذ:

صبرى عبدالواحد

المشرف العام :

د. سمير سرحـــان

الجهات المشاركة :

جمعية الرعاية المتكاملة المركزية

وزارة الثقـافـة

وزارة الإعـلام

وزارة التربية والتعليم

وزارة التنمية المحلية

وزارة الشـبـاب

التنفيذ : هيئة الكتاب

الإهــداء

إلى مصر،

عن طريق المشاركة فى البحث العلمى، فعلاً لا قولاً،

كان جوهر الحلم،

حتى يأتى الحصاد عِلماً يمكث فى الأرض،

وعلماء من أبنائنا يبقون معه يواصلون الحرث والغرس،

وقد عملنا معاً لتصديق الرؤيا.

لماذا هذه السلسلة

من منطلق الالتزام بالمسئولية الاجتماعية الملقاة على عاتق المشتغلين بالعلم عامة، وبالعلوم الاجتماعية بوجه خاص رأينا أن نقدم هذه السلسلة من المؤلفات فى موضوعات علم النفس المختلفة. ومن المنطلق ذاته اخترنا لها الاسم الدال على توجُّهها الرئيسى، «علم النفس فى حياتنا الاجتماعية»؛ ذلك أنها تهدف أساسًا إلى إثراء حياتنا الاجتماعية بالمعنى الخاص (حيث التطبيقات المحددة فى مجالات اجتماعية بعينها)، وبالمعنى العام (حيث إتاحة المزيد من المعارف العلمية الحديثة حول سلوكيات البشر لينهل منها الفكر الشائع فى مجتمعنا).

وإحقاقًا للحق فقد تولدت فكرة إصدار هذه السلسلة فى ثنايا حوار كان يجمع بين الوضوح والهدوء والحسم، جرى أولا بينى وبين الصديق العزيز الأستاذ الدكتور جابر عصفور. وكنت أحاول الاستئناس برأيه فى نشر مجموعة من دراساتى العلمية لها من الصفات ما يجعلها وسطًا بين العام والخاص، قراءة واستيعاباً، فما لبث الدكتور عصفور أن أشار بأن أعهد بأمانة النشر إلى الناشر المرموق الأستاذ محمد رشاد، صاحب «الدار المصرية اللبنانية»، ثم بادر بالسعى الحثيث فى عقد آصرة علاقة متميزة بينى وبين الأستاذ رشاد قوامها التسليم مسبَّقا بالتقدير والإعزاز المتبادلين. والتقيت بالأستاذ رشاد فأسعدنى اللقاء سواء على المستوى الإنسانى أو على المستوى العملى فى تحركه نحو الإنجاز المتميز، لم يكن فى مخططى عند فاتحة الحديث سوى نشر كتاب واحد، فإذا بالرجل يأخذ زمام المبادرة فيطرح للنقاش اقتراحا بأن يكون هذا الكتاب فاتحة تعاون بيننا لنشر سلسلة من الكتب فى مجال العلوم النفسية الحديثة. ولقى الاقتراح عندى ترحيبا ورجاء بالتوفيق. واقتضى ذلك إعادة النظر فى البناء الداخلى للكتاب الذى أثار هذا التسلسل الخصب من اللقاءات والمناقشات والمقترحات. وكان جوهر السؤال المطروح أمامى فى هذا الصدد هو: هل يُنشر الكتاب بتصميمه الأساسى الذى

تصدير

هذا هو الكتاب الثالث فى سلسلة «علم النفس فى حياتنا الاجتماعية»، وفيه نتناول مشكلة تعاطى المخدرات وكيفية التصدى لدراستها والحد من انتشارها باستخدام الأساليب العلمية المنضبطة. وقد شغلنى الاهتمام بهذه المشكلة بحثا وتطبيقا منذ ما يزيد على أربعين سنة (منذ نوفمبر ١٩٥٧)، وتعددت الجهات التى تعاونت معها فى توظيف هذا الاهتمام بالقدر المستطاع، وفى مقدمتها هيئة «البرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات» بالمركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية (هنا فى مصر)، حيث لايزال التعاون يمضى على قدم وساق، ولجان خبراء بحوث المخدرات بهيئة الصحة العالمية (فى چنيف) حيث استمر التعاون لمدة خمسة وعشرين عاما متوالية (منذ ديسمبر ١٩٧٠ حتى مايو ١٩٩٥)، ولجنة المستشارين العلميين المنبثقة عن المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان، والمشكلة بقرار رئيس مجلس الوزراء رقم ٦٤٩ فى ٣٠ مايو سنة ١٩٩٠ (وقد انتهى العمل باللجنة فى نوفمبر سنة ١٩٩٦).

فى هذا الخضم من النشاطات البحثية والتطبيقية أتيح لى أن أنشر عددا كبيرا من الأعمال العلمية متفاوتة التوجهات والأحجام، قدر لبعضها أن ينشر فى الخارج (باللغة الإنجليزية)، وقدر للبعض الآخر النشر فى الداخل (بالعربية)، وللبعض الثالث أن ينشر فى الخارج والداخل معاً. وفى الكتاب الراهن يطيب لى أن أقدم نخبة تتألف من سبع دراسات (سبق نشرها متفرقة) يكمل بعضها بعضا فى عرض مشكلة المخدرات من أهم وجهات النظر وأكثرها إثراء لعلم الدارسين والمطبقين ومهاراتهم، وهى فى الوقت نفسه ملائمة للقارىء العام والخاص على السواء.

فى هذا العدد نستهل الكتاب بفصل يحمل العنوان الآتى: **«مشكلة المخدرات بنظرة علمية»** ، نوضح فيه أن النظرة العلمية تقضى بأن نتنبه منذ بداية الطريق

إلى أن مشكلة المخدرات ذات أبعاد ثلاثة، هى أولا: العرض والطلب (أو ما يشبه أن يكون الجانب الاقتصادى القانونى)، وثانيا: الاضطرابات الصحية المصاحبة للتعاطى والمترتبة عليه، وثالثا: المشكلات الاجتماعية المرتبطة بها. ومن أهم الأسئلة التى يثيرها البعد الخاص بالعرض والطلب تقدير حجم كل منهما بأسلوب علمى دقيق؛ أما فيما يتعلق ببُعدى الاضطرابات الصحية والمشكلات الاجتماعية فأهم الأسئلة تتعلق بالجهود الوقائية والعلاجية. **والفصل الثانى** من الكتاب يحمل عنوان «**تعاطى المخدرات بين الشباب**»، وفى هذا الفصل نناقش كيف أن مشكلة المخدرات شديدة الأهمية بالنسبة للمجتمع لأنها تمسُّه فى أمنه وفى اقتصادياته، كما أنها شديدة التعقد لأنها تنفذ بآثارها إلى جميع مستويات الحياة فى المجتمع وفى الفرد، فى حاضر كل منهما ومستقبله. وقد حاولنا أن نقدم بعض النماذج من نتائج بحوثنا الميدانية المصرية على فئات متنوعة من الشباب المصريين وذلك سعيًا منا إلى تحقيق هدفين: أولهما توضيح ماذا نعنى بأهمية المشكلة وتعقدها، وثانيهما تقديم أمثلة محددة للكيفية التى يمكن بها أن نستفيد من هذه النتائج فى صياغة بعض البرامج الوقائية. **والفصل الثالث** من الكتاب دعوة صريحة موجهة إلى الدارسين والمخططين للبرامج وواضعى السياسات بضرورة الاهتمام بإجراء المسوح الميدانية بالمواصفات العلمية التى تضمن لها الدقة فى قياس ما هو حادث فعلا فى شرائح المجتمع المختلفة من أمور تتعلق بمشكلة المخدرات، لأن التصدى لهذه المشكلة بأسلوب ناجح يقتضى أولا وقبل كل شىء أن يكون لدينا تقدير لحجمها على درجة معقولة من الدقة، وتصور واضح لأهم خصائصها من حيث التوزيع الاجتماعى لتعاطى المواد الإدمانية المختلفة. وبدون هذه المسوح الميدانية المنضبطة يظل أى كلام عن مشكلة تعاطى المخدرات كلاما خطابيا لا يجدى. **وفى الفصل الرابع** يجد القارىء عرضا يجمع بين الإيجاز والوضوح لأهم إسهامات.العلوم الاجتماعية فى إلقاء الأضواء على العوامل الاجتماعية الفاعلة فى مشكلة المخدرات، بدءًا بالمقدمات الحضارية والاجتماعية والسيكولوجية التى تجعل البعض يُقدمون والآخرين لا يقدمون على

التعاطى؛ فهناك التنميط الحضارى، وهناك الأدوار التى تقوم بها الآليات الاجتماعية المختلفة فى هذا الصدد، ثم هناك العوامل النفسية المتعددة. وكما أسهمت العلوم الاجتماعية فى الكشف عن كثير من العوامل المؤدية إلى التعاطى، أسهمت كذلك فى الإبانة عن النتائج الناجمة عنه؛ النتائج السلوكية من حيث ارتباطها باختلال وظائف نفسية بعينها، وكذلك النتائج السلوكية كما تتشكل فى قوالب اجتماعية معينة كالجريمة بأشكالها ومستوياتها المختلفة، والتدهور الاجتماعى للفرد والأسرة، وحوادث الطرق... الخ. **أما الفصلان الخامس والسادس** فقد ناقشنا فيهما عددا من الدروس المستفادة من طول اشتغالنا العلمى بمشكلة المخدرات؛ قدمنا فى **الفصل الخامس** ثمانية دروس بالغة الأهمية بالنسبة لدارسى المستقبل ممن يتصدون للبحث فى هذا النوع من المشكلات النفسية الاجتماعية شديدة التعقيد. وفى **الفصل السادس** ناقشنا درسين أمكن استخلاصهما من الخبرة المصرية العامة فى علاج مشكلة المخدرات، يتعلق أحدهما بالدولة وما تقدمه أحيانا من حلول جزئية بدعوى أن هذه حلول مؤقتة، ولكنها لا تلبث أن تصير حلولا دائمة غير مجدية. والدرس الثانى يتعلق بالتصدى المرتجل الذى يتطوع البعض للقيام به دون أية دراية بالعوامل الفاعلة فى المشكلة على حقيقتها، وفى هذا ما فيه من بذل جهود غير مجدية قد تضر أكثر مما تنفع. وأخيرًا فقد عرضنا فى **الفصل السابع** مشروع «سياسة وقائية متكاملة فى مواجهة مشكلات الإدمان فى مصر»، وكان هذا الفصل محاضرة ألقيناها فى «المؤتمر العربى الأول لمواجهة مشكلات الإدمان»، بمناسبة انعقاده فى القاهرة فى سبتمبر سنة ١٩٨٨. وقد أرسينا فى هذه المحاضرة الخطوط العريضة لما فصّلنا القول فيه فيما بعد فى تقرير مسهب صدر عن «لجنة المستشارين العلميين» المشار إليها فى صدر هذا التقديم، وكان عنوان التقرير: «استراتيجية قومية متكاملة لمكافحة المخدرات ومعالجة مشكلات التعاطى والإدمان فى مصر». وقد صدر فى يناير سنة ١٩٩٣.

بهذا الفصل السابع نختتم جولتنا فى مجال اشتغالنا بمشكلة المخدرات دراسة وتطبيقا.

وما أرجوه أن أكون قد وفّقتُ فى اختيار المادة العلمية والعملية التى قدمتُها للقارىء فى هذا الكتاب لتزويده ببصيرة تجمع بين العلم الجاد والتوجيه العملى الأمين.

د. مصطفى سويف

القاهرة فى أغسطس ١٩٩٩

الفصل الأول

مشكلة المخدرات

بنظرة علمية(*)

تعتبر مشكلة المخدرات من أعقد المشكلات التى تواجه المجتمعات فى الوقت الحاضر. ولا يكاد يفلت منها أى مجتمع، سواء كان متقدماً أو ناميًا. فهى فى الولايات المتحدة الأمريكية وكندا وانجلترا لا تقل تعنّدا عنها فى نيجيريا أو زائير أو تايلاند. وقد ترتبت على ذلك عدة نتائج، يأتى فى مقدمتها أنه لابد من تناول المشكلة بأسلوب علمى، حتى يمكن فهمها فهماً دقيقاً يساعد على التصدى لها بأكفأ صورة ممكنة. كذلك ترتبت نتيجة أخرى هى: ضرورة استنهاض قدر عال من التعاون الدولى بحيث تستفيد الدول فى هذا المجال من خبرات بعضها البعض، كما يمكن التنسيق بينها على المستوى الدولى فى مكافحة التهريب والاتجار غير المشروع فى المواد المخدرة. وفى هذا الفصل نقدم للقارىء فكرة موجزة عن النظرة العلمية الحديثة إلى هذه المشكلة المؤرقة.

الأبعاد الثلاثة لمشكلة المخدرات:

تقتضى النظرة العلمية أول ما تقتضى أن نحلل المشكلة إلى أبعاد ثلاثة رئيسية، هى: العرض، والطلب، والنتائج الصحية والاجتماعية المترتبة على التعاطى.

ويقصد بالعرض حالة السوق غير المشروعة، من حيث أنواع وكميات المخدرات المتاحة فيها، ومدى انفتاح السوق فى مجتمع معين على أسواق بعينها فى مجتمعات أخرى. والمقصود بمدى الانفتاح هذا هو: تحديد موقع السوق المحلية (فى المجتمع) بالنسبة لخريطة طرق التهريب فى هذا الجزء من العالم الذى

(*) مجلة الأمن القومى (دبى) ١٩٩٣.

يقع فيه المجتمع الذى يعنينا. فإذا تحدثنا عن موضوع العرض فى إحدى الدول العربية، ولتكن ـ مصر ـ مثلاً، كان المقصود فى هذه الحال هو أنواع المخدرات المعروضة فى السوق غير المشروعة فيها، وكمياتها، وطرق التهريب المتصلة بهذه السوق، سواء كانت هذه الطرق تأتى إلى مصر لتصب فيها، أو لتعبرها. لابد من الإلمام بهذه الجوانب جميعا لكى نطمئن إلى أننا على معرفة جيدة بحالة العرض فى هذا المجتمع، ومن أفضل المصادر لمعرفة أنواع المواد المعروضة وكمياتها فى السوق غير المشروعة فى بلد كمصر ـ التقارير السنوية التى تنشرها الإدارة العامة لمكافحة المخدرات، أو ما يعادلها من إدارات أمنية فى أى بلد آخر، وهنا يقدر الخبراء أن ما يرد ذكره فى تقارير المضبوطات إنما يمثل جزءا محدودا من جملة المعروض، أى من جملة ما تسرب إلى المستهلك دون أن يمكن ضبطه ومصادرته، ويختلف الخبراء فيما بينهم بصدد تقدير حجم المضبوط إلى حجم المتسرب. فيرى البعض أن المضبوط يبلغ حوالى خُمس المتسرب، ويرى آخرون أن المضبوط لا يزيد فى الواقع على عشر المتسرب. وبالتالى فلتقدير المتسرب علينا أن نضرب أحجام المضبوطات فى خمسة أو فى عشرة. ومع أن النتيجة هنا تقريبية فهى أفضل ما يمكن الوصول إليه فى هذا الصدد؛ إذ لا توجد أية طريقة أخرى لتقدير حجم المعروض أكثر دقة من هذه الطريقة، هذا عن أنواع المواد المعروضة وأحجامها. وتبقى نقطة أخيرة فيما يتعلق بموضوع العرض، هى مسألة انفتاح السوق المحلية على هذا السوق أو ذاك من أسواق شبكات التهريب فى العالم. وترجع أهمية هذه النقطة إلى أنها تحدد لنا مقدما أى أنواع المخدرات الجديدة يمكن أن نتوقع ظهورها قريبا فى هذا المجتمع أو ذاك. فإذا كانت مادة (الكوكايين) مثلا موجودة فى الجزء من شبكة التهريب الذى تنفتح عليه السوق المحلية فى مصر فالراجح أن تظهر مادة (الكوكايين) فى مصر إذا لم تكن قد ظهرت بعد، أو الراجح أن تظهر بكميات وفيرة إذا لم تكن قد ظهرت بعد إلا بكميات ضئيلة (الإدارة العامة ١٩٩٠) وقل مثل هذا بالنسبة للسوق المحلية غير المشروعة فى أى مجتمع، فى أى بقعة من العالم. بعبارة أخرى إن معرفة هذه

النقطة الأخيرة تعين السلطات فى أى بلد على أن تكون مستعدة مقدما لظهور هذا المخدر أو ذاك من المخدرات الجديدة، بدلا من أن تؤخذ على غرة. وربما كان فى استعدادها المبكر ما يعين على الارتفاع بمستوى كفاءتها فى مكافحة المواد الواردة حديثًا.

وننتقل الآن إلى موضوع الطلب: والمقصود بالطلب هو: كل ما يتعلق بالاستهلاك غير المشروع، يدخل فى ذلك تحديد النوعيات التى يقبل عليها المتعاطون، وتقدير كمياتها، وتوزيعها بين مختلف الشرائح الاجتماعية. ويفرق الخبراء المختصون فى هذا الصدد بين موضوعين فرعيين تحت موضوع الطلب، هما: طبيعة الطلب،ووظيفة الطلب. ويشمل موضوع طبيعة الطلب العناصر الآتية: أنواع المواد المخدرة كالحشيش (أو القنب)، والأفيون، والمورفين، والهيروين، والكوكايين، وبعض المواد الدوائية المؤثرة فى الأعصاب؛ كذلك طرق تعاطيها كأن يكون ذلك بالتدخين أو البلع أو الاستحلاب أو الاستنشاق أو الحقن، كذلك متوسط الجرعة التى يتعاطاها المتعاطى فى المرة الواحدة، ومتوسط عدد مرات التعاطى فى فترة زمنية بعينها (كأن تكون أسبوعا أو شهرا)، وبالتالى تقدير الحجم الكلى للمادة المتعاطاة على مستوى المجتمع فى الأسبوع، أو فى الشهر، أو فى السنة، كذلك يشمل إذا ما كان المتعاطى يتناول هذه المادة منفردة أم يتناولها مع مواد مخدرة أخرى، (وهو ما يعرف بالتعاطى الأحادى فى مقابل التعاطى المتعدد). ويشمل أيضا تحديد نوعية المتعاطى، من الذى يقبل على هذه المادة ومن يقبل على تلك، ذكور أم إناث شباب أم شيب، ومن أى الشرائح الاجتماعية والتصنيفات المهنية. هذه الموضوعات كلها تدخل تحت طبيعة الطلب (سويف ١٩٩٠م Cheetterjee 1987).

أما وظيفة الطلب فيشار بها إلى مجموعة الدوافع التى تدفع بالمتعاطين إلى مطلب التعاطى، والأهداف التى يسعون إلى تحقيقها من هذا التعاطى. وتشير الدراسات الميدانية التى أجريت فى بعض أجزاء من الوطن العربى، وفى كثير من دول العالم إلى تعدد هذه الدوافع وتنوع الأهداف. ومن الدوافع التى ورد ذكرها

ضمن نتائج هذه البحوث ما يأتى: الدافع إلى التخفف من ضغط بعض التوترات النفسية، وخاصة مشاعر القلق والخوف من بعض المواقف الاجتماعية؛ كذلك الدافع إلى تصحيح النوم كأن يكون الشخص ممن يعانون من الأرق (وهو تعذر البدء فى النوم) أو من النوم المتقطع. وأيضا الدافع إلى استمرار اليقظة والسهر لمدة طويلة وهو ما يغلب على التعاطى بين نسبة من الطلاب فى فترات الامتحان، والدافع إلى مقاومة التعب لأطول فترة ممكنة، وهو ما يغلب على بعض العمال فى أعمال بعينها، ثم هناك الدوافع إلى التغلب على أشكال مختلفة من الآلام الجسدية، والدوافع إلى التخلص من السمنة وتخفيض وزن الجسم، وهو ما يكثر وجوده عند بعض السيدات، ثم هناك أنواع من الدوافع الترويحية لا حصر لها ويكثر الربط بينها وبين تعاطى الحشيش، إلى آخر هذه الدوافع التى لا تكاد تقع تحت حصر.

كذلك هناك أنواع لا حصر لها من الأهداف يسعى المتعاطون لتحقيقها من تعاطيهم؛ من ذلك هدف الحصول على رضى الأقران والأصدقاء الذى يكون له وطأة شديدة فى حالة صغار الشباب، وقد يكون الهدف هو مجرد المغامرة إما لمعرفة شىء يعتبر جديدا بالنسبة للشاب المتعاطى أو المغامرة لمجرد الاستمتاع بالخبرة الخطرة، وهو هدف يسعى بالفعل إليه نوع بعينه من الشخصيات الشابة؛ ويكون الهدف أحيانا هو مجرد التحرر من بعض القيود النفسية التى تفرض نفسها على سلوكيات الشخص فى مواقف بعينها يريد هو أن يتحرر فيها لكنه لا يستطيع دون معونة من بعض المخدرات... الخ (Susman 1979).

هذه عينة من الدوافع والأهداف نذكرها على سبيل التمثيل لا الحصر، وذلك لكى يدرك القارىء مدى تعقد الموضوع، وضرورة أن يكون من يتصدى للحديث فى الجوانب السلوكية منه على علم بها حتى لا يقع فيما يقع الكثيرون فيه من تبسيط مخل لا يفيد القراء. وجدير بالذكر أن المعرفة الدقيقة بهذه الأمور جميعا هى الخطوة الأولى نحو أى تخطيط مجد للبرامج الوقائية. بعبارة موجزة لا قيمة

لأى دعوة، أو برنامج وقائى يقوم على الكلام الخطابى الذى لا يستند إلى علم دقيق بطبيعة الطلب، ووظيفة الطلب، وما بينهما من تفاعلات، فما يصلح لمواجهة الشرائح التى يتعاطى أفرادها بدافع الترويح لا يصلح لمواجهة من يتعاطون بهدف التطبيب الذاتى من آلام الجسد أو من بعض الاضطرابات النفسية. وما يفيد فى مخاطبة صغار الشباب ممن هم دون العشرين لا يفيد كثيرا فى مخاطبة الرجال ممن هم فوق الثلاثين. وما يجدى في توجيه الجهود نحو شرائح الطلاب لا يجدى في التوجه نحو فئات العمال، إلى آخر هذه الاعتبارات التى لا يجوز الاستخفاف بها لأنها فى حقيقة الأمر بالغة الأهمية فى تحديد العائد من الجهود الوقائية (سويف ١٩٩٢).

كذلك من بين المشكلات الهامة فيما يتعلق بالطلب مسألة تحديد حجم الطلب، ويتمثل تحديد حجم الطلب فى سؤالين فرعيين: الأول هو: تقدير عدد المتعاطين فى المجتمع. والثانى هو: تقدير حجم المواد المخدرة التى يستهلكونها فى الشهر أو في السنة. ولا يمكن للسلطات المعنية فى أى بلد أن تستغنى عن البحث عن إجابة، حتى ولو كانت إجابة تقريبية، عن كل من هذين السؤالين. والمقصود بالسلطات المعنية فى هذا الموضع سلطتان بوجه خاص، هما السلطة الأمنية والسلطة الطبية؛ فكل من هاتين السلطتين تحدد خطواتها المقبلة (فى حدود التخطيط قريب المدى) على أساس ما تتصور أنه إجابة تقريبية عن هذين السؤالين.

ولكل من السلطتين المذكورتين، فى أى دولة من دول العالم، أساليبها فى الوصول إلى تقدير إجمالى لعدد المتعاطين، وحجم المواد التى يستهلكونها فى الشهر أو فى السنة. ولهذه الأساليب مالها وما عليها.

ومن أفضل الأساليب العلمية الحديثة ما يعرف بأسلوب المسوح الميدانية، وهو أسلوب يقوم على الاستعانة بأدوات العلوم الاجتماعية الحديثة، بما فى ذلك الإحصاء، وقياس الظواهر الاجتماعية أو السلوكية موضوع الاهتمام، وتحليل

البيانات، ثم تفسير النتائج بما يكشف عن معناه فى إطار الحياة الاجتماعية المواكبة. وليس فى إجراء هذه المسوح الميدانية أى ألغاز، ولكنها تحتاج فى إجرائها إلى باحثين اجتماعيين أو نفسيين متخصصين، تعلموا فى إطار تخصصاتهم كيف يجرون هذه المسوح بالدرجة الواجبة من الدقة والموضوعية بحيث يكون لنتائجها قيمة علمية حقيقية (سويف ١٩٩٠، Reid 1980).

ومن أوجب الواجبات فى تقدير حجم الطلب التفرقة بين مستويات المتعاطين، إذ تشير الدراسات الحديثة إلى ضرورة التمييز بين ثلاثة مستويات من التعاطى على أقل تقدير، هى: التعاطى «الاستشكافى» والتعاطى «بالمناسبة» والتعاطى «المنظم» أو «المتصل». ويقصد بالتعاطى الاستكشافى ما نلاحظه من إقبال بعض الشباب على المغامرة بتعاطى مخدر معين على سبيل التجريب أو الاستكشاف، يشجعهم على ذلك ما يعرفونه عن بعض أقرانهم، أو ما يزينه أمامهم هؤلاء الأقران، فيخوضون التجربة أو المغامرة ثم يخرجون منها وقد انقسموا إلى فريقين، أحدهما يسقط الموضوع من حسابه بعد ذلك فلا يعود إلى خوض مثل هذه التجربة مرة أخرى لسبب أو لآخر، والبعض تكون تجربته هذه فاتحة الطريق إلى علاقة بينه وبين المخدر لا تنقطع بعد ذلك. ويعنينا فى هذا الصدد الفريق الأول الذى تكفيه تجربته الأولى فتكون هى الأخيرة أيضا. هذه المجموعة هى: مجموعة «التعاطى الاستكشافى». ثم هناك المجموعة الثانية، مجموعة «التعاطى بالمناسبة»، وهؤلاء يستمرون فى تعاطى المادة المخدرة بعد تجاربهم الاستشكافية الأولى، إلا أن تعاطيهم يتميز بأنه متقطع تبعا لمناسبات معينة، قد تكون مناسبات ترويحية، كأن يكونوا مدعوين للمشاركة فى حفل معين، مما يشجعهم على التعاطى (الحشيش مثلا) تصورا منهم أن هذا التعاطى سيضاعف من قدرتهم على المشاركة، ومن استمتاعهم بهذه المشاركة، ثم ينقضى بعد ذلك أسبوع وربما أسابيع دون أن تلوح فى أفقهم مثل هذه المناسبة، وبالتالى فهم لا يجدون ما يدفعهم إلى التعاطى، حتى إذا حانت مناسبة أخرى استعدوا لها بالتعاطى كما فعلوا فى المناسبة الماضية. هذه هى الفئة الثانية من المتعاطين. ثم هناك الفئة الثالثة، وهى «المتعاطون

بانتظام»، وهؤلاء يواظبون على التعاطى حسب إيقاع معين بغض النظر عما إذا كانت هناك مناسبة أم لا. وهذه الفئة الأخيرة هى أقرب الفئات إلى مفهوم «الإدمان» أو «الاعتماد» بالمعنى العلمى الدقيق. وفى تقدير حجم التعاطى فى المجتمع لا يجوز الخلط بين هذه الفئات الثلاث. لأن الصورة الإجمالية التى تتكون نتيجة لهذا الخلط لا تساعد على أى عمل اجتماعى له قيمة، سواء فى اتجاه الوقاية أو العلاج، خاصة وأن ذهن القارىء أو المتلقى لهذه المعلومة عن الحجم الكلى للتعاطى يتجه عادة إلى فئة الإدمان. فلنتصور مثلا أننى سئلت عن تقديرى للحجم الكلى لتعاطى الحشيش بين طلاب الجامعات فى مصر. وأجبت على ذلك بأنه يبلغ حوالى ٧٪ فالغالب أن يتجه ذهن المستمع إلى تصور أننى أقرر بأن ٧٪ من الطلاب الجامعيين الذكور «يدمنون الحشيش» وهذا غير صحيح، والصحيح أن هؤلاء الـ٧٪ يضمون الفئات الثلاث من المتعاطين، فئة «الاستكشاف»، وفئة «التعاطى بالمناسبة»، وفئة «الانتظام فى التعاطى». والصحيح أيضا أن نسبة «المنتظمين المدمنين» أقل بكثير من نسبة المتعاطين بالمناسبة، وهؤلاء أقل بكثير من المتعاطين «المستكشفين». ويشير عدد من البحوث الميدانية الحديثة إلى أن النسب بين أحجام هذه الفئات الثلاث نسب ثابتة مستقرة إلى حد كبير فى المجتمع الواحد، وهى فى مصر على وجه التحديد ١ : ٤ : ١٦ (المدمنون: المتعاطون بالمناسبة: المتعاطون المستكشفون)، وقد أمكن تحديد ذلك بالنسبة لشباب الطلاب والعمال الذكور. وفى رأينا أنها قد تختلف عن ذلك قليلا فى الشرائح الاجتماعية الأخرى، ولكن المهم أن تكون هذه التفرقة واضحة فى حديث المتكلم وفى ذهن المستمع، وليس من الموضوعية العلمية ولا من الأمانة، أن نترك هذه الأمور مختلطة فى الأذهان. ولاجدال فى أن السلطات التى يعنيها موضوع المخدرات فى المجتمع يهمها فى المقام الأول أن يكون لديها تصور أقرب إلى الواقع فى تقدير حجم الطلب سواء من حيث عدد المتعاطين بفئاتهم المختلفة، أو من حيث كميات المخدرات التى يستهلكها هؤلاء المتعاطون، لأن هذا يعنى فى نهاية الأمر اتخاذ قرارات أقرب إلى الكفاءة.

من هنا كان من حسن السياسة أن تبادر بلداننا العربية إلى إعداد الطواقم الوطنية المدربة تدريبا علميا مناسبا لإجراء المسوح الميدانية اللازمة لرسم صورة الواقع فى هذا الشأن دون زيادة أو نقصان.

الاضطرابات الصحية والمشكلات الاجتماعية المترتبة على التعاطى:

تزخر دوريات التخصص بالتناول المفصل أحيانا والمقتضب أحيانا أخرى للإضطرابات الصحية، والمشكلات الاجتماعية، المترتبة على تعاطى المواد المخدرة بجميع أنواعها. وفى محاولة من كاتب هذه السطور لحصر أهم أنواع هذه الاضطرابات والمشكلات (وكان ذلك بتكليف من هيئة الصحة العالمية، خطاب التكليف رقم MNH/MTP 04/02/01 بتاريخ يناير ١٩٧٩). أمكن له حصر ٢٦ اضطرابا صحيا بدنيا، و٣٥ اضطرابا صحيا نفسيا، بالإضافة إلى ٥٥ اضطرابا اجتماعيا. وفيما يلى بضعة أمثلة من هذه الأنواع الثلاثة من الاضطرابات: فقد ورد ضمن الاختلالات البدنية إصابات الجهاز التنفسى، واضطراب وظائف الكبد، والفشل الكلوى، واضطرابات الجهاز الدورى القلبى، والجهاز الدورى الدماغى، واحتمالات النزيف الدماغى، ونقصان وزن الجسم، وارتعاش الأطراف. وورد ضمن **اضطرابات الصحة النفسية** حالات الخلط الذهنى التسممى، والتفكير الاضطهادى، والتدهور العقلى، والنوبات الذهانية الحادة، والاكتئاب والهلاوس، واضطراب النوم، والنوبات الشبيهة بالصرعية. كذلك جاء ضمن **مجموعة مشكلات الحياة الاجتماعية** الانزلاق نحو زيادة الإقبال على المخدرات، وكثرة النزاعات الشخصية، والانسحاب الاجتماعى، وتدهور الشعور بالمسئولية وسوء التوافق الاجتماعى، وتدهور مستوى الأداء فى العمل، وارتفاع احتمالات البطالة، وقصور الدافع إلى العمل، وتدهور الإنتاجية كما وكيفا، والتسرب الدراسى، والانهيار الاسرى، وارتفاع معدلات الهجرة، والطلاق، وارتفاع معدلات الجريمة، والعنف والشراسة، والسرقة، والتزوير، والاغتصاب، والقتل (Soueif 1992)

هذه مجرد عينة مما ورد فى مئات البحوث العلمية المنشورة فى دوريات

التخصص العالمية، ولا يزيد حجم هذه العينة عن قرابة ٢٥٪ من جملة ما استطعنا أن نقوم بحصره فى المصادر المشار إليها. ونحن نذكر هذه الحقائق لسبب رئيسى هو أن يكون فيها الرد الكافى على البعض ممن يحلو لهم لسبب أو لآخر أن يهونوا من أمر الأضرار المترتبة على تعاطى هذا المخدر أو ذاك، وسواء أكان هذا التهوين مستندا إلى الجهل أم كان وراءه بعض الأهواء الشخصية فقد آن الأوان لأن يخفى هؤلاء جهلهم وأن يتراجعوا عن أهوائهم فالمسألة أخطر كثيرا من أن تبقى مرتعا لعبث العابثين.

ومع ذلك فالسؤال المهم فى هذا المقام هو: كيف نستفيد من معرفتنا بوقوع هذه الاضطرابات الصحية، والمشكلات الاجتماعية؟ والجواب عن هذا السؤال ذو شقين: **أولهما:** أن نعرف كيف نتحقق من وجودها بين المتعاطين فى المجتمع الذى ننتمى إليه، والحجم الذى توجد به **وثانيهما:** أن نعرف ماذا نفعل بهذه المعرفة؟ والإجابة على الشقين معا تتلخص فى ضرورة ايجاد الخدمات الصحية اللازمة لعلاج الاضطرابات الصحية المترتبة على التعاطى والإدمان، وضرورة إقامة الخدمات الاجتماعية اللازمة لمواجهة المشكلات الاجتماعية المصاحبة. ولا يجوز التهاون فى هذه الأمور لأن أضرارها لا تتوقف عند حدود المتعاطى أو المدمن، بل تمتد لتشمل المحيطين به فى الدوائر الاجتماعية القريبة والبعيدة. وعلى ذلك فحتى إذا جاز أن يوجه بعض السخط على هؤلاء المدمنين الذين سعوا إلى حتفهم بظلفهم، فلا يجوز التمادى فى هذا السخط لدرجة البخل عليهم بالعلاج لأن هذا البخل قد يؤدى إلى حتف الكثيرين من الأبرياء المحيطين بهم، بل إن فيه تهديدا لسلامة المجتمع بأسره إذا أدخلنا فى حسابنا الحجم الكلى لهذه الاضطرابات الصحية والاجتماعية على مستوى المجتمع ونمط توزيعها.

ولكن هذه الخدمات العلاجية يجب أن تقوم فى إطار خطة واضحة المعالم، ولا تقف عند حدود تقديم العلاجات اللازمة للحالات الفردية حسب ورودها على العيادات والمستشفيات، لأن وضع الخطة سوف يقتضى فى أحد أجزائه وضع برامج تدريبية للطواقم المختصة بالعلاج تساعدهم على مواجهة الجديد

الخاص بما يميز الاضطرابات الصحية والاجتماعية فى حالات الإدمان عنها فى حالات المواطنين غير المدمنين. فليست المسألة مجرد الامتداد بالخدمات القائمة لتشمل المدمنين بعد أن كانت وقفا على المواطنين العاديين غير المدمنين. هذه حقيقة تبدو بسيطة فى مظهرها، لكنها فى الواقع شديدة التركيب وبالغة الأهمية فى آن واحد. كذلك فإن وضع خطة لتوجيه الجهود العلاجية سوف يقتضى فى أحد أجزائه التنبه إلى أن علاج المدمنين من أمراضهم، ومشكلاتهم يتطلب أن يحتوى العلاج على جوانب طبية، ولكن هذا وحده لا يكفى، ولابد من استكمال جوانب أخرى نفسية، ونفسية اجتماعية، وتعتبر هذه الجوانب الأخيرة على درجة من الأهمية لا تقل عن الجوانب الطبية إن لم تفقها أحيانا. وخير شاهد على ذلك كثرة الحديث بين جمهرة الأطباء عن كثرة الانتكاسات بين حالات المدمنين بعد تلقيهم العلاج الطبى اللازم، فالحقيقة أننا هنا لا نستطيع أن نتكلم عن انتكاسات، ولكن يجب أن نتكلم عن حالات لم تتلق سوى جزء من العلاج الواجب بدلا من كل العلاج (إذ ينقصها العلاجات النفسية والنفسية الاجتماعية)، والنتيجة المنطقية لذلك أن يعود المدمن إلى ممارساته عقب فراغه من العلاج الطبى، نقول هذا الكلام من باب الأمانة العلمية، وصدق تبليغ الرسالة لمن يعنيهم الأمر، وما خلا ذلك فهو إهدار للمال والجهد بلا طائل، والعلاجات النفسية ليست مجرد الزجر والتأديب والتهذيب التى يمكن لكل منا أن يجتهد فيها كيفما شاء، ولكنها علاجات قائمة على أصول علمية لا يمكن تجاهلها، وهى تحتاج إلى أن يخصص لها أعضاء فى فريق المعالجين، وأن يتلقوا -فى سبيل ذلك من التدريب ما يلزم. وما نقوله عن العلاجات النفسية يصدق أيضا على ما يسمى بالعلاجات النفسية الاجتماعية التى تدخل فيما يعرف بالرعاية اللاحقة، كذلك فإن وضع خطة للجهود العلاجية سوف يتطلب كجزء لا يتجزأ من الجهد المبذول التفكير فى ضرورة وضع تقدير إجمالى لحجم الإصابات الإدمانية المحتاجة للعلاج على مستوى المجتمع، بحيث يمكن تدبير أن تسير المشروعات التنفيذية فى الاتجاه إلى الوفاء باحتياجات هذا الحجم من الإصابات على أساس أن مالا يمكن

تحقيقه اليوم سوف يتيسر تحقيقه فى الغد، ولكن بشرط التبصر بهذا الغد والإعداد له. ومرة أخرى تبرز هنا قيمة المسوح الميدانية باعتبارها الطريق العلمى السديد إلى تقدير حجم الإصابات المحتاجة للعلاج (لجنة المستشارين ١٩٩٣).

وأخيرا وليس آخرا، فى هذا الحديث عن العلاج، وما تفرع إليه من نقاط متشابكة، أخيرا ينبغى لنا أن ندرك الدلالة الحقيقية للعناية بموضوع العلاج؛ فقد تكون هناك بعض الاعتبارات الإنسانية التى تملى هذه العناية، وقد تكون هناك اعتبارات عملية أخرى مثل: حماية المحيطين بالمدمن من الأضرار المترتبة على إدمانه، واعتبارات أخرى غير هذه وتلك، ولكن أهم ما فى هذه الدلالة هو: أن العناية بعلاج المدمنين جزء لا يتجزأ من السياسة القائلة بضرورة العمل على خفض الطلب على المخدرات. ويعتبر خفض الطلب هو الطريق الثانى من محاولات التصدى لمشكلة المخدرات، يأتى جنبا إلى جنب مع مكافحة العرض. ومن صياغة سياسة متوازنة بينهما تتكون السياسة الرشيدة فى أى مجتمع نحو مكافحة المخدرات، وبهذا تشير هيئة الصحة العالمية، والأمم المتحدة، فى نداءاتها ومؤتمراتها ومنشوراتها الحديثة.

تلخيص:

خلاصة القول أننا حاولنا أن نعرض فى هذا الحديث مشكلة المخدرات من المنظور العلمى السائد بين المختصين على الصعيد العالمى؛ فقدمنا بالكلام عن أن لها أبعادا رئيسية ثلاثة: هى العرض،والطلب، والاضطرابات الصحية والمشكلات الاجتماعية المترتبة عليها. ثم انتقلنا إلى شىء من تفصيل القول فى كل من الأبعاد الثلاثة، وانصرفت عنايتنا بوجه خاص إلى إبراز عدد من النقاط ذات القيمة العلمية فى مواجهة المشكلة، ومن أهم هذه النقاط تقدير حجم العرض وتقلباته، وتقدير حجم الطلب مع ضرورة التنبه إلى التفرقة بين طبيعة الطلب ووظيفة الطلب، وأخيرا أشرنا إلى مسألة الاضطرابات الصحية والمشكلات الاجتماعية المترتبة على التعاطى والإدمان وضرورة التصدى لها بالعلاج الطبى

النفسى، والنفسى الاجتماعى كجزء من التخطيط لخفض الطلب الذى هو جزء لا يتجزأ فى المنظور العلمى الحديث من المكافحة المتكاملة للمشكلة.

المراجع:

- Chatterjee, S. K. (1987) Can demand for illicit drugs be reduced? *Bul1. Narcotics*, 39/2, 310.

- Reid, D. D. (1960) *Epidemiological methods in the study of mental dis-orders*, Geneva: WHO.

- Soueif, M.I. (1992) A tool for the assessment of social and public health problems associated with the abuse of psychoactive drugs, *The National Review of Social Sciences*, 29/1, 1 - 25.

Susman, R.M. (1979) Reduction of drug demand: general considerations, study on measures to reduce demand for drugs, preliminary report of a working group of experts, New york: UN 43 - 55.

- سويف (مصطفى) (١٩٩٠) **الطريق الآخر لمواجهة مشكلة المخدرات: خفض الطلب**، القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

- سويف (مصطفى) (١٩٩٠) **تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين الطلاب: دراسات ميدانية فى الواقع المصرى. المجلد الأول: مدخل تاريخى ومنهجى للدراسات الوبائية**، القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

- سويف (مصطفى) (١٩٩٢) **تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين الطلاب: دراسات ميدانية فى الواقع المصرى، المجلد الرابع: تعاطى المخدرات الطبيعية.** القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

- الإدارة العامة لمكافحة المخدرات (١٩٩٠) **التقرير السنوى**، القاهرة: وزارة الداخلية.

- لجنة المستشارين العلميين (١٩٩٣) **استراتيجية قومية متكاملة لمكافحة المخدرات ومعالجة مشكلات التعاطى والإدمان؛ التقرير النهائى**. القاهرة: المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان.

❁ ❁ ❁

الفصل الثانى

تعاطى المخدرات بين الشباب المصريين

مبادىء أساسية لمشروعات الوقاية(*)

مقدمة:

تعتبر مشكلة تعاطى المخدرات على جانب كبير من الأهمية، كما أنها على درجة عالية من التعقد، بالنسبة للفرد والمجتمع.

وتبدو أهميتها بالنسبة للمواطن الفرد فى كونها ـ إذا تمكنت منه ـ فإنها تمس حياته الشخصية والاجتماعية من جميع جوانبها، فهى تمس علاقته بنفسه من حيث صورته فى نظر نفسه، ومن حيث تحديد اهتماماته وأهدافه التى تملك عليه وجدانه وعقله. كما تمس الصلة بينه وبين عائلته، صورته أمام زوجته وأبنائه ونوع الأثر الذى يتركه فيهم، وقد يمتد هذا الأثر فى أبنائه ليشمل عددا من أجيالهم المتوالية. وكذلك تتدخل هذه المشكلة فى التأثير على علاقته بالقانون، وبالأجهزة القائمة على تطبيقه ابتداء بأجهزة المكافحة وانتهاء بالسجون. وأخيرا فإن هذه المشكلة تمس ـ وبشكل حاسم فى كثير من الأحيان ـ مستقبل المواطن الفرد، ولا تقتصر على تشكيل حاضره، فهى ترسم له دورا فى الحياة هو دور «المدمن»، كما أنها قد تؤدى به إلى السجن ومن ثم يصبح من أرباب السوابق، وفى بعض الحالات تدفعه بطرق غاية فى التعقد، (بالنسبة للفرد وللمجتمع) دفعا إلى أن يصير من الموزعين والمهربين.

وتتمثل أهمية المشكلة بالنسبة للمجتمع فى أنها تحيط به وتمسه فى جميع جوانبه الرئيسية، وأوضح هذه الجوانب هو أمن المجتمع، فما دام فعل التهريب أو الاتجار أو الحيازة أو التعاطى مجرمًا فارتكاب أى واحد من هذه الأفعال يعتبر

(*) الأمن العام (القاهرة) ١٩٨٥.

اعتداء على أمن المجتمع، ويأخذ هذا العدوان أحيانا أشكالا صارخة، كما هو الحال عندما تضطر بعض القوات إلى مطاردة أحد المهربين أو التجار، أو كما هو الحال عندما تضطر القوات الأمنية إلى الدخول فى معارك لمقاومة الزراعات التى يقدم عليها البعض فى أنحاء متفرقة من الأراضى المصرية. كذلك تمس مشكلة تعاطى المخدرات جانبا آخر هاما جدا فى حياة المجتمع وهو الجانب الاقتصادى، بدءًا من تكلفة حملات المكافحة، إلى النفقات التى تتحملها الدولة من خلال إجراءات المحاكم والسجون، إلى حجم الفاقد من الطاقة البشرية نتيجة للآثار الصحية المدمرة للمواد المخدرة على متعاطيها، خاصة وأن معظمهم يكون فى سن النشاط الإنتاجى.

أما عن تعقد المشكلة فهى حقا بالغة التعقيد، لأنها تنفذ فى كل من الفرد والمجتمع إلى جميع مستويات النشاط الحى، بل وإلى مختلف الأنسجة أو الوحدات التشريحية لجسم الإنسان المتعاطى وجسم المجتمع على حد سواء.

ففى جسم الشخص المتعاطى لا يتوقف تأثير المواد المخدرة عند أشكال الاختلال التى تحدث فى سلوك الشخص وتصرفاته، بل يتعدى ذلك إلى أن يفرض عليه إيقاعا محددا يتردد بمقتضاه بين قطبين متعارضين أشد التعارض، أحدهما قطب الرضا والراحة والسرور، والآخر قطب الضيق والاكتئاب والتوتر والآلام الجسمانية. كذلك لا يتوقف التأثير عند إلزام الشخص بالخضوع لهذا الإيقاع (الذى هو جوهر الإدمان أو الاعتماد) لكنه يتعداه إلى إحداث تشوهات مختلفة فى أدق دقائق وظائف بعض الأنسجة فى جسم الإنسان، مثال ذلك ما يحدث من تغير فى طبيعة الموجات الكهربية الصادرة عن أجزاء متزايدة فى المخ، إذ تزيد نسبة موجات ألفا فى المخ أثناء تعاطى الحشيش، وهى الموجات التى تصحب عادة حالات المستوى المنخفض من اليقظة والميل إلى النعاس. على أن التأثير يتعدى حدود تشويه الوظائف أحيانا ليصل إلى إحداث تشويه فى التشريح الدقيق لبعض الأنسجة، مثال ذلك ما يحدث من إصابة بحالات التليف الكبدى نتيجة لكثرة شرب الكحوليات، ومثال ذلك أيضا ما كشفت عند بعض البحوث

مؤخرا من نقص شديد يحدث فى عدد الحيوانات المنوية عند الرجل مصاحبا لتعاطيه الحشيش، وما كشفت عنه بحوث أخرى حديثة من نفاذ أثر الإدمان على الكحوليات عند المرأة الحامل إلى الجنين وهو لايزال فى الرحم بحيث تنتابه عقب الولادة كثير من أعراض الانسحاب، إلى آخر هذا النوع من الاختلالات البالغة العمق فى جسم الإنسان المتعاطى.

وفى كيان المجتمع نستطيع كذلك أن نتابع دلائل التعقد الشديد للمشكلة؛ فنوعية الفئات الاجتماعية التى ينتشر التعاطى والإدمان بين أفرادها تواجه المجتمع بدرجات متفاوتة من الأخطار، فانتشار الإدمان بين الشباب كشريحة اجتماعية يمثل خطرا على المجتمع أكبر بكثير من الإدمان بين المسنين، لأن الشباب هم مستقبل المجتمع، وبالتالى فبقدر اتساع الجزء المدمن من هذه الشريحة تكون ضخامة الخطر المهدد لمستقبل المجتمع. وانتشار الإدمان بين النساء يمثل خطرا آخر ذا وزن كبير لأن أضرار الإدمان تتعدى أشخاص المدمنات إلى الأجنة التى فى الأرحام أحيانًا.

كذلك نوعية الأدوار الاجتماعية التى يقوم بها المدمنون تواجه المجتمع بأوزان متباينة من الأخطار، فالمدمن المتزوج المنجب يمثل - من خلال دور الأبوة الذى يقوم به - خطرا يفوق كثيرا خطر المدمن الأعزب أو غير المنجب، والمدمن ذو الصداقات المتعددة يمكن أن يوقع بالمجتمع أضرارا تفوق أضرار المدمن الأشد ميلا إلى الانسحاب والعزلة. والمدمن الذى يشغل موقعا هاما من مواقع المسئولية فى الدولة يمكن أن تكون لأضراره دائرة اجتماعية بالغة الاتساع. ومن أعقد النتائج المترتبة على انتشار المخدرات فى أحد المجتمعات، ما يصيب الأسرة الدولية، أى سائر المجتمعات، من أضرار لم تكن فى حسبانها.

من أجل ذلك تهتم أجهزة الحكم فى الدول الحديثة بسن التشريعات اللازمة لبيان حدود التحريم وحدود التنظيم فيما يتعلق بالمخدرات والكحوليات والأدوية النفسية، كما تهتم أجهزة الخدمات الاجتماعية بإقامة المنشآت وإقرار المشروعات

المطلوبة للعلاج والوقاية والتوجيه، كما يهتم المجتمع الدولى بوضع الاتفاقيات الدولية التى تنظم التعامل بين الدول حول هذه المواد: ومن أشهر الإنجازات فى هذا الصدد «الاتفاقية الوحيدة للعقاقير المخدرة، لسنة ١٩٦١»، و«اتفاقية المواد النفسية، لسنة ١٩٧١». ثم هناك هيئة خبراء بحوث تعاطى المخدرات المشكّلة فى رحاب هيئة الصحة العالمية، وما تصدره من تقارير فنية متلاحقة، ثم هناك المؤتمرات الدولية التى لا تنقطع، فى جميع أنحاء العالم، شرقا وغربا.

دراسات مصرية:

فى هذا السياق يأتى اهتمامنا بإجراء عدد من البحوث الميدانية على قطاعات مختلفة من مجتمعنا المصرى، وقد كان ولايزال الهدف الرئيسى لهذه الدراسات تكوين صورة للمشكلة أقرب ما تكون إلى واقعها: بحيث يتحدد فى هذه الصورة حجم المشكلة ومعالمها الرئيسية.

ولا سبيل فى هذا المقال المحدود إلى عرض هذه الدراسات جميعا، فإذا كان القارىء مهتما بالوقوف على تفصيلاتها فبإمكانه الرجوع إلى المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية حيث تتوفر المنشورات العلمية عن نسبة كبيرة منها. وفى الوقت نفسه يجب التنبيه إلى وجود دراسات أخرى جادة، تمت خارج نطاق المركز القومى للبحوث، مثل الدراسة التى قام بها الأستاذ الدكتور سعد المغربى، ونشرتها دار المعارف، والدراسة القانونية التى أجراها ونشرها العميد الدكتور محمد فتحى عيد حول تعاطى المخدرات فى القانون المصرى والقانون المقارن.

أما فى هذا المقال فسوف نقتصر على ذكر بعض النتائج التى توصلنا إليها فى سياق دراستين وبائيتين أجريناهما في السنوات القليلة الماضية على مجموعات كبيرة من طلاب المدارس الثانوية العامة (عدد = ٥٥٣٠ طالبا)، والمدارس الفنية المتوسطة (عدد = ٣٦٨٦ طالبا)،وتقع جميعا فى نطاق مدينة القاهرة الكبرى وسنركز اهتمامنا في بيان ما يمكن أن يكون لهذه النتائج من أهمية فى رسم السياسات ووضع البرامج الوقائية.

ونرجو أن يتاح لنا فى المستقبل القريب تقديم مقالات أخرى نعرض فيها للقارىء العربى عددا آخر من الحقائق عن مدى انتشار التعاطى بين هذا القطاع من الطلاب وبين قطاعات أخرى من الشباب.

معنى الوقاية:

ومادام الهدف الرئيسى لهذا المقال هو بيان كيف يكون التخطيط للبرامج الوقائية على ضوء نتائج الدراسات العلمية الميدانية للتعاطى فليزمنا هنا أن نقدم للقارىء تحديدا مبسطا لمعنى الوقاية.

تعرف مشروعات أو برامج الوقاية (بالنسبة لمجالات الصحة والصحة النفسية والاجتماعية جميعا) بأنها أية تدابير نتخذها أو نخطط لها، تحسبا لمشكلة لم تقع بعد، أو تحسبا لتعقيدات تطرأ على ظروف قائمة فعلا، ويكون الهدف من هذه التدابير هو الإعاقة الكاملة أو الجزئية لحدوث المشكلة، أو التعقيدات، أو كليهما.

فالتدابير التى نتخذها للحيلولة دون إقدام قطاعات معينة من الشباب على تدخين السجاير تعتبر مشروعات أو أجزاء من مشروعات وقائية، والإجراءات التى نتخذها للحيلولة دون إقدام مدخنى السجاير على تدخين الحشيش تعتبر كذلك إجراءات وقائية، الأولى للإعاقة الكاملة لظهور مشكلة التعاطى بين الشباب (تعاطى النيكوتين وهو المادة المؤثرة فى الأعصاب عن طريق تدخين السجاير)، والثانية للإعاقة الجزئية حتى لا تتفاقم مشكلة قائمة فعلا وهى تدخين السجاير فتتطور إلى تعقيدات إضافية بأن تمتد إلى تعاطى الحشيش كذلك. وقد تكون هذه التدابير طبية، أو تربوية، أو قانونية، أو اقتصادية.

وإكمالا لمعنى الوقاية يفرق الخبراء بين ثلاث درجات منها، هى:

الوقاية الأولية، أو الوقاية من الدرجة الأولى، ويقصد بها إجراءات الإعاقة الكاملة لظهور المشكلة أصلا. والوقاية الثانوية، ويقصد بها الإجراءات التى نتخذها للحيلولة دون ظهور تعقيدات جديدة لمشكلة نسلم بوجودها فعلا.

والوقاية من الدرجة الثالثة، ويشار بها إلى الإجراءات التى نتخذها حتى لا تعود المشكلة إلى الظهور، كأن نعالج المدمن حتى يبرأ من إدمانه، ثم نتخذ تدابير معينة للحيلولة دون انتكاسه إلى التعاطى والإدمان من جديد.

هذا هو معنى الوقاية، وهذه هى مستوياتها الثلاثة المتفق عليها بين الخبراء. ومن المفيد أن تكون هذه الأفكار واضحة فى ذهن القارىء وهو يناقش ما تنطوى عليه نتائج البحوث الميدانية من إيحاءات فيما يتعلق بالمشروعات والسياسات الوقائية، فليس المهم أن نضع أية خطط أو مشروعات للوقاية، لكن المهم أن تكون الخطط والبرامج التى نقترحها قابلة للتنفيذ، أو مضمونة الكفاءة إلى حد معقول.

كفاءة البرامج الوقائية:

لكى تكون برامج الوقاية من تعاطى المخدرات على درجة معقولة من الكفاءة أو الفعالية يجب أن تتوفر لها عدة شروط. غير أننا لن ندخل فى حديث مفصل عن هذه الشروط جميعا، ولكننا سنكتفى بتقديم شرطين هما الحد الأدنى فيما يجب أن يتوفر، وكلاهما يتعلق بالأهداف التى توضع هذه البرامج من أجل تحقيقها: الشرط الأول هو أن تكون هذه الأهداف محددة بقدر الإمكان. والشرط الثانى أن تكون واقعية.

وتكون الأهداف محددة إذا كان مستوى الوقاية المطلوبة (من الدرجة الأولى أو الثانية أو الثالثة) معلوما ومنصوصا عليه صراحة منذ البداية، فى عقول واضعى البرامج، وفى البرامج نفسها، وإذا كانت الشريحة الاجتماعية المستهدفة من هذه البرامج محددة منذ البداية أيضا، وإذا كانت المادة المخدرة المقصود الوقاية من تعاطيها محددة كذلك منذ الخطوة الأولى.

بعبارة أخرى، البرامج الوقائية بالغة التعميم التى لا تقصد أصلا إلى تحقيق مستوى معين من الوقاية، ولا تستهدف جمهورا بعينه، ولا مادة مخدرة على وجه الخصوص، لا جدوى منها.

وتكون الأهداف واقعية بقدر ما يُدخل واضع البرنامج مجال العوامل الرئيسية التى يتبين من الدراسات السابقة أنها تتدخل فى ظاهرة التعاطى سلبا أو إيجابا. كأن يدخل فى حسابه الدوافع التى تدفع المتعاطين إلى بدء التعاطى أصلا، وإلى الاستمرار فيه، وإلى العودة إليه بعد محاولات فاشلة للانقطاع عنه، والعوامل النفسية والاجتماعية التى تساعد على ذلك.

ومعنى هذا أنه لا يمكن لأية برامج وقائية يراد لها أن تكون مجدية أن تقوم على فراغ. لابد لهذه البرامج أن تعتمد على دراسات سابقة تكشف عن حقيقة الدوافع والعوامل المنشطة للتعاطى أو المعوقة له. ولابد أن تعرف هذه الدوافع والعوامل على حقيقتها، أى كما هى فى نفوس البشر المتعاطين وفى ظروف واقعهم الذى يحيونه، لا كما يتخيلها البعض ممن يحلو لهم أن يتصوروا أنهم يعرفون كل شىء ويستطيعون الكلام والإفتاء فى كل شىء. وقد آن الأوان لكى يعرف ويعترف ذوو النوايا والتمنيات الطيبة وحدها أنها لا تجدى فى تحقيق الوقاية من التعاطى. وأن التعاطى ليس مجرد نوع من الخروج على الآداب العامة، أو من الجريمة، أو من المعصية الدينية، ولكنه سلوك بشرى يتم تحت ضغط دوافع وبتشجيع من عوامل معينة، وأنه لابد من المعرفة العلمية الدقيقة لكى تقام برامج وقائية مجدية فعلا. وأن ما خلا ذلك فهو تبديد للمال والطاقة، بل وربما ليس تبديدا فحسب، لكن له آثارا جانبية تضاف أضرارها إلى الأضرار الأصلية التى تترتب على التعاطى والإدمان.

خلاصة القول أن كفاءة البرامج الوقائية تعتمد على توفر شروط متعددة، أهمها شرطان يتعلقان بأهداف هذه البرامج: أن تكون هذه الأهداف محددة، وأن تكون واقعية.

وفيما يلى نتحدث عن بعض نتائج البحوث الوبائية المصرية، ومضامينها بالنسبة للوقاية.

بعض نتائج البحوث الميدانية:

١ ـ من بين النتائج الهامة التى تكرر ظهورها فى عدد من بحوثنا تحديد العمر

الذى يغلب أن يبدأ فيه التعاطى، فهو ما بين سن ١٥ سنة و١٧ سنة. هذا هو العمر الذى يغلب أن يبدأ الشاب عنده تدخين السجاير[١]، وتعاطى الأدوية النفسية (أو ما يسمى عادة بالمواد المخلقة)، والمخدرات الطبيعية (كالحشيش والأفيون)، وشرب الكحوليات. وقد تكرر أمامنا ظهور هذه الحقيقة، بالنسبة لتلاميذ المدارس الثانوية، والمدارس الفنية المتوسطة، وفى دراسات على شرائح أخرى من المجتمع المصرى أجريناها فى الستينات وفى السبعينات. كما ظهرت لنا حقيقة أخرى تشير إلى تناقص ملحوظ فى أعداد الشباب الذين يبدأون التعاطى بعد سن العشرين، وتناقص شديد فى أعداد الذين يبدأون بعد سن ٢٤ سنة، وندرة فيما يتعلق بالبدء بعد سنة ٣٠ سنة. هذه الحقائق مجتمعة تقدم لنا مؤشرات بالغة الأهمية فيما يتعلق بتحديد من نسميهم بالجماعات الهشة، أى الجماعات المعرضة لخطر البدء فى هذا الداء، وهو التعاطى. وبديهى أن هذه الجماعات يجب أن تعتبر الهدف المقصود من برامج الوقاية الأولية، أو الوقاية من الدرجة الأولى.

وتنطوى هذه النتيجة على اعتبارات لا يمكن التقليل من شأنها، نجملها فيما يلى:

أولا: لا فائدة من تقديم برامج للوقاية الأولية إلى رجال فوق سنة ٣٠ سنة.

ثانيا: إذا نظرنا من الزاوية الخاصة بأفضل عائد يعود علينا من برامج الوقاية الأولية فمن أهم الشروط التى يجب أن تحقق أن توجه هذه البرامج إلى من تقع أعمارهم فى الفترة من ١٥ سنة إلى ١٧ سنة أو قبيلها بقليل (وهى فترة التلمذة فى المدارس الثانوية، أو بدءاً من السنة النهائية فى التعليم الإعدادى، وما يعادل ذلك فى شرائح الشباب من غير الطلاب).

٢ ـ كذلك من الحقائق التى أسفرت عنها البحوث أن الشباب يبدأون خطواتهم الأولى فى التعاطى بمرحلة يمكن أن نسميها بالمرحلة التجريبية. فهم يجربون هذه

(١) يعتبر النيكوتين أحد المواد النفسية، أو المؤثرة فى الأعصاب، ولذلك ندخله فى حسابنا فى هذه الدراسات.

المغامرة، مرة أو بضع مرات، ثم تتراجع عنها نسبة كبيرة منهم، والذى يبقى ويواصل التعاطى هو دائما نسبة محدودة تتراوح بين ٢٥٪ و٣٥٪ من مجموع من أقبلوا على المغامرة. وقد تبين لنا أن هذه النسبة ثابتة فى حالة جميع المواد النفسية، أى السجاير، والأدوية المخلقة، والمخدرات الطبيعية، والكحوليات.

والاستنتاج المهم الذى نقيمه على هذه الحقيقة هو استنتاج خاص بتكلفة البرامج الوقائية، إذ تظل هذه التكلفة داخل حدود معقولة لأن الجمهور الذى نوجهها إليه جمهور محدود نسبيا وليس كل الجمهور الذى تكشف عنه الدراسات الوبائية ممن جربوا التعاطى ولو مرة واحدة.

وفى الوقت نفسه هناك استنتاج آخر لا يقل عن ذلك أهمية، إذ يضيف بُعدا جديدا للتخطيط الذكى للبرنامج الوقائى: مؤداه أننا لكى نقلل من أعداد المتعاطين المواظبين أو الدائمين الذين سيدخلون الميدان فى المستقبل القريب لابد من أن نعمل منذ البداية على تقليل عدد المتعاطين المجربين، أى لابد لنا من أن نبتكر الوسائل والأساليب التى من شأنها أن تقلل من الإقبال على مغامرة التجريب أصلا. وهنا مجال واسع لاجتهاد الاجتماعيين والتربويين والقانونيين، وكل من يعنيه مستقبل الشباب فى مجتمعنا.

٣ ـ وهناك حقيقة تكشفت لنا فى بحوثنا أيضا. فقد تبين لنا أن نسبة تتراوح بين ٢٪ و١٠٪ ممن لا يتعاطون ولم يجربوا التعاطى هم فى حقيقتهم مستعدون لخوض التجربة إذا أتيحت لهم الفرصة. ومعنى ذلك أن أقدامهم ليست راسخة فى العزوف عن التعاطى والنفور منه. وأعلى هذه النسب المستعدة للمغامرة موجودة فيما يتعلق بالأدوية المخلقة، وأقلها موجود فيما يتعلق بالمخدرات الطبيعية.

وتنطوى هذه النتيجة على مؤشر هام بالنسبة للمعنيين بشئون الوقاية، إذ أنها تشير إلى ضرورة إعادة النظر فى تحديد جماعات الشباب المعرضين لأخطار التعاطى، أو من نسميهم بالجماعات «الهشة». فعلى ضوء هذه الحقيقة لم يعد

يكفى لمخططى السياسات الوقائية أن يعرفوا مقدما نوعية وعدد الذين أقبلوا على المغامرة ولو مرة واحدة، بل لابد لهم من أن يعرفوا شيئا عن حجم هذه النسبة المحدودة المستترة داخل غير المتعاطين والتى هى مستعدة للمغامرة إذا ما سنحت لها الفرصة.

٤ ـ حقيقة أخرى رابعة تبيناها فى دراساتنا وهى تتعلق بالآراء والمعتقدات الشائعة حول المخدرات. فقد وجدنا أن حوالى ١٠٪ من عينات الطلاب التى درسناها تعتقد أن تعاطى الأدوية المخلقة مفيد حتى ولو كان ذلك بدون إذن الطبيب. وهناك نسبة تتراوح بين ٢٪ و٥٪ تعتقد الاعتقاد نفسه بالنسبة للمخدرات الطبيعية. ويلاحظ أن من يعتقدون ذلك ليسوا من المتعاطين فقط، بل أن بعضهم من الشباب غير المتعاطين.

والاستنتاج الرئيسى الذى نقيمه على هذه الحقيقة هو أن واضعى البرامج الوقائية يلزمهم أن يضعوا ضمن مخططاتهم نشر المعلومات العلمية التى تجمع بين الأمانة العلمية وبين التبسيط، عن الآثار القريبة والآثار البعيدة لتعاطى هذه المواد المخدرة. وغنى عن القول أن هذه المعلومات يجب أن تنشر بصورة شديدة الاتزان بحيث لا تثير حب الاستطلاع الذى يحفز إلى التجريب، ولا تدعو إلى فزع مبالغ فيه فتحفز من يتلقاها إلى التشكك فى صدقها.

٥ ـ ومن النتائج المهمة التى توصلنا إليها وجود علاقة إيجابية قوية بين دخول الشباب فعلا فى تجربة التعاطى وبين مقدار تعرضهم لموضوعات تتعلق بالمخدرات (سواء بالسماع أو بالرؤية أو بالقراءة. . . إلخ). فقد وجدنا أن متعاطى جميع المواد النفسية (سواء أكانوا يتعاطون مادة واحدة أو أكثر من مادة نفسية واحدة معا) تعرضوا أكثر من غير المتعاطين لأنواع شتى من هذه الموضوعات. فهم سمعوا عن المخدرات أكثر مما سمع غير المتعاطين، وأتيح لهم أن يروا هذه المخدرات أكثر مما أتيح لغير المتعاطين، كما أنهم عرفوا أصدقاء وكان لهم أقرباء يتعاطون المخدرات أكثر بكثير مما توفر لغير المتعاطين.

هذه النتيجة تلقى على عاتق مخططى برامج الوقاية مهمة ضمن مهامهم المتعددة، خلاصتها أن ينظروا فى كيفية الإقلال من تعرض الشباب لهذه المثيرات المرتبطة بالمخدرات.

ومن الجدير بالذكر فى هذا الصدد أن أحد المصادر الهامة لهذه المثيرات وسائل الإعلام. وقد ورد ضمن نتائجنا التى وصلنا إليها أن الراديو والتليفزيون والسينما تأتى فى مقدمة المصادر التى يتعرض الشباب من خلالها لتلك المثيرات، وتأتى بعد ذلك الجرائد اليومية والمجلات الأسبوعية، وفى المرتبة الثالثة يأتى الأصدقاء وزملاء الدراسة، وأخيرا يأتى الجيران والأقارب.

والتعليق الواجب هنا أنه إذا جاز لنا أن نقف مكتوفى الأيدى أمام مسألة تعرض الشباب للمثيرات من خلال أصدقائهم وزملائهم وجيرانهم وأقاربهم، فلا يجوز ذلك عندما نفكر فى تعرضهم للمثيرات التى تنصب عليهم من خلال وسائل الإعلام.

لابد من مواجهة السؤال المناسب هنا فورا وبأمانة: كيف السبيل إلى ترشيد وسائل الإعلام فى هذا الصدد؟

أما بعد، فقد ذكرنا خمس نتائج فقط، من بين نتائج البحوث الميدانية المصرية التى أجريناها فى موضوع تعاطى المخدرات بين الشباب. وهى جميعا تنير الطريق إلى وضع البرامج الوقائية فى هذا الصدد. غير أن هذه النتائج الخمس ليست سوى أمثلة على ما يمكن للدراسات الوبائية (أو المسحية) أن تقدم لكل من يعنيهم أمر الوقاية من تعاطى المخدرات فى مجتمعنا. وهناك أعداد كبيرة من نتائج أخرى توصلنا إليها وتعتبر مؤشرات على الطريق إلى السياسات الوقائية.

فقد وجدنا مثلا، أنه يمكن القول بوجه عام أن المناسبات الاجتماعية التى تدعو إلى تعاطى الحشيش والكحوليات تختلف عن المناسبات التى تدفع إلى تعاطى الأدوية المخلقة، الأولى مناسبات سارة، والثانية مناسبات تنطوى على كثير من المشقة النفسية. فإذا صح هذا فقد وجب على مخططى برامج الوقاية أن يكونوا

على علم مقدما بما هى المواد المخدرة التى يوجهون برامجهم للوقاية من تعاطيها.

ووجدنا أيضا أن المتعاطين الشبان الذين فحصناهم ينقسمون من حيث خبراتهم فى بدء التعاطى إلى فئتين: فئة لعبت في خبرة البدء هذه دورا سلبيا، فقد تعرضوا لضغوط من المحيطين بهم (أصدقاء أو أقرباء. . . إلخ) وانحصر دورهم فى الاستجابة لهذه الضغوط، فبدأوا التعاطى، وهؤلاء هم الغالبية.

ولكن هناك فئة أخرى تتراوح بين ٥٪ فى حالة المخدرات الطبيعية و٤٠٪ فى حالة الأدوية المخلقة قاموا بدور إيجابى، فقد بذلوا جهدا إيجابيا فى سبيل معايشة خبرة التعاطى. هاتان فئتان مختلفتان من الناحية النفسية، ولا يجوز لنا أن نطمس الفروق بينهما. وبالتالى لابد من أن نحسب حساب هذين النموذجين، وليس نموذجا واحدا، عند إعداد البرامج الوقائية.

وهناك حقائق أخرى كثيرة غير ما ذكرنا، والبحوث الوبائية وسائر البحوث العلمية فى هذا الميدان كفيلة بالكشف عن المزيد.

ولكن الشىء الذى نلح عليه فى هذا المقال هو ضرورة المبادرة بالإفادة من هذه الحقائق فى وضع سياسات وقائية فعّالة.

الفصل الثالث

المسوح الميدانية كأداة علمية لتقدير حجم مشكلة المخدرات وخطورتها(*)

مقدمة:

يحتاج المعنيون فى أى مجتمع، سواء فى ذلك المجتمعات المتقدمة أو النامية، إلى أدوات وأساليب علمية للوصول إلى تقدير دقيق لحجم مشكلة المخدرات فى مجتمعاتهم، ومدى تعقدها؛ لأن هذه المعرفة هى الخطوة الأولى التى لا غنى عنها، لوضع السياسة اللازمة والمناسبة للتصدى لمشكلة المخدرات بشقيها الرئيسيين: العرض، والطلب. ولما كانت هذه المشكلة لم تترك مجتمعا فى العالم كله فى الوقت الحاضر لم تصبه بآثارها، فقد أصبح الجميع بحاجة إلى الدراية بهذه الأدوات والأساليب، وإلى توفير طواقم العاملين الملمين بالمعلومات المتعلقة بها، والمدربين على استخدامها بكفاءة تضمن الحصول بوساطتها على الخدمة المتوقعة فى أفضل صورة ممكنة.

وجدير بالذكر أن مشكلة المخدرات (من حيث العرض) قد بلغت فى الوقت الحاضر درجة عالية من التعقد ضاعفت من خطورتها، إذا ما قورن وضعها الآن بما كان عليه منذ عشرين أو ثلاثين عاما؛ ففى خلال هذه المدة كثرت المعامل المشبوهة وانتشرت فى مناطق كثيرة من العالم، بما فى ذلك منطقة الشرق الأوسط العربى، وظهرت فى الأسواق غير المشروعة مواد مخدرة بصورة تسمح لها بدرجة عالية من الفاعلية مع انخفاض فى الثمن مصحوب بدعاية نافذة (من هذا القبيل الكوكايين فى صورته الجديدة المسماة الكراك)، كما راجت أنواع لا آخر لها من

(*) مجلة الأمن والقانون (دبى) ١٩٩٤.

المواد الدوائية المحدثة للإدمان، هذا بالإضافة إلى المواد الطيارة، أو ما يعرف أحيانا باسم المذيبات العضوية التى تثير مشكلة غير مسبوقة فيما يتعلق بكيفية وضعها تحت سيطرة القانون.

وقد أسهمت الأحداث السياسية العالمية التى وقعت خلال الفترة الزمنية نفسها (التى نحن بصدد الحديث عنها) فى زيادة تعقد المشكلة واستشرائها؛ من هذا القبيل انهيار بعض النظم السياسية، وما صحب ذلك من تفكك لبعض الدول، وانتشار للقلاقل التى تكشف عن نفسها فى أشكال عدة، لعل أخطرها بالنسبة لموضوعنا الهجرات الجماعية، والصراعات العرقية والدينية. وقد ارتبط هذا كله بتنشيط لم يسبق له مثيل فى تجارة المخدرات متشابكة مع تجارة السلاح. ولما كان العالم كما نشهده جميعا قد أصبح الآن (نتيجة للثورة المعاصرة فى مخترعات المواصلات والاتصالات) شبيها ببلدة صغيرة، فقد أصبح من المتعذر إن لم يكن من المحال أن تحدث فى بعض أركانه هذه الأحداث الجسام دون أن تكتوى بنارها سائر الأركان.

ولم يكن من المتوقع، ولا من المعقول، أن ينشط جانب العرض من مشكلة المخدرات ويتضخم ويتشعب على هذا النحو الذى ألمحنا إليه دون أن يقترن به تنشيط مكافىء للجانب الخاص بالطلب. وفعلا، تشير التقارير والدلائل إلى تزايد أعداد المتعاطين لمعظم أنواع المواد النفسية الإدمانية فى كثير من بلدان العالم، وإلى امتداد ظاهرة التعاطى لتنفذ إلى شرائح عمرية مبكرة لم تكن لتصل إليها من قبل (الأولاد أقل من ١٢ سنة). وإلى تزايد أعداد النساء المتعاطيات (ومن ثم المدمنات)، وإلى تفاقم مشكلة التعاطى المتعدد، أى تعاطى الشخص الواحد أكثر من مادة إدمانية واحدة (معًا أو على التوالى)، هذا بالإضافة إلى تفاقم الاضطرابات الصحية والاجتماعية المترتبة على التعاطى، ويكفى أن نشير فى هذا الصدد إلى أن نسبة كبيرة من حالات الإصابة بمرض نقص المناعة تحدث كنتيجة مباشرة أو غير مباشرة لبعض ممارسات التعاطى.

لهذه الأسباب مجتمعة أصبحت قضية المخدرات أعقد وأخطر من أن تعتمد الحكومات (والمنظمات غير الحكومية) فى مواجهتها على الطرق التقليدية والاجتهادات الفردية، وأصبح من واجب الجميع ومن مصلحتهم، أن يعملوا على الارتقاء بموقف المواجهة شيئا فشيئا من الارتجالات الاجتهادية إلى مزيد من الاعتماد على أساليب العلم الحديث. وأول خطوة فى هذا السبيل هى التقدير الذى يمكن الاعتماد عليه، تقدير حجم المشكلة، ومدى تعقدها. وهو ما نكرس له هذا المقال.

ماذا يعنى تقدير المشكلة:

تقدير أى مشكلة يعنى الوصول إلى معلومات دقيقة بشأن هذه المشكلة من حيث الكم والكيف، وبالنسبة للموضوع الذى نحن بصدده فتقدير الكم يتمثل فى الإجابة عن فئة من الأسئلة نذكر منها على سبيل المثال: حجم المعروض فى السوق غير المشروعة من مختلف المواد شائعة التعاطى، وعدد المتعاطين، ومقدار المواد الإدمانية التى يستهلكونها فى الشهر أو فى السنة، ومتوسط الجرعة التى يستهلكها الفرد فى المرة الواحدة من أى مادة، ومتوسط عدد المرات التى يتم فيها التعاطى فى الأسبوع أو فى الشهر.. إلخ أما تقدير المشكلة من حيث الكيف فيبدو فى محاولات الإجابة عن فئة أخرى من الأسئلة، نذكر منها ما يأتى: ما هى طرق التعاطى السائدة فى المجتمع لكل مادة (التدخين، والمضغ، والبلع، والاستنشاق، والحقن، وأنواع الحقن المختلفة هل هى تحت الجلد، أم فى الوريد؟. الخ)، وما هى التوليفات السائدة بين المواد الإدمانية المختلفة عند الأفراد ممن يميلون إلى التعاطى المتعدد، وتوزيع التعاطى بين الشرائح العمرية، وكذلك بين القطاعات الاجتماعية المختلفة (الطلبة، العمال، الموظفين، أبناء الريف فى مقابل أبناء المدن، النساء، عمال الزراعة فى مقابل عمال الصناعة، التجار.. الخ) والكثافة النسبية للتعاطى والمتعاطين فى المناطق المختلفة من القطر، وما هى أنواع الاضطرابات الصحية الشائعة بين المتعاطين، وما مدى ارتباطها بأنماط التعاطى المختلفة، وأخيرا وليس آخرا ما هى أنواع المشكلات

الاجتماعية المقترنة، فى هذا المجتمع أو ذاك بالتعاطى كما يمارس فيه؟. الخ.

هذه عينة محدودة من الأسئلة التى يجب الإجابة عنها عند التقدم بمشروع لتقدير مشكلة التعاطى من حيث الكم والكيف. وهى جميعا أسئلة لا غنى عنها لوضع سياسة متكاملة وفعالة لمواجهة مشكلة المخدرات.

معنى السياسة المتكاملة:

المعنى المقصود بمصطلح «السياسة المتكاملة» فى معالجة مشكلة المخدرات هو الإشارة صراحة إلى أن هذه السياسة ذات شقين: أحدهما خاص بالعرض، والآخر خاص بالطلب. وهذا هو بالضبط ما تدعو إليه المنظمات الدولية المتخصصة فى توجيهها الحديث نحو معالجة المشكلة.

فقد عقدت «لجنة المخدرات» التابعة للأمم المتحدة جلستها الثانية والثلاثين فى فيينا خلال الفترة من ٢ إلى ١١ فبراير سنة ١٩٨٧. وجاء فى تقرير عن هذا الاجتماع ما يلى: «ارتأى معظم الأعضاء والمراقبين ضرورة أن يتوفر فى أى برنامج يهدف إلى التحكم فى المواد النفسية، (المحدثة للإدمان) التوازن بين إجراءات لمكافحة العرض، وإجراءات لخفض الطلب، غير المشروع بالنسبة لهذه المواد» (Nagler 1987).

وفى الفترة من ١٧ إلى ٢٦ يونية سنة ١٩٨٧ عقد «المؤتمر الدولى للمخدرات: التعاطى والاتجار غير المشروع» فى فيينا، أى بعد الاجتماع سالف الذكر للجنة المخدرات بأربعة شهور. وجاء فى الإعلان الصادر عنه بإجماع الآراء، ما يأتى: «وفى سبيل المعالجة الشاملة للمشكلات التى يثيرها التعاطى والاتجار غير المشروع فى المخدرات لابد من الاتجاه إلى خفض كل من العرض والطلب» (المرجع السابق).

وجدير بالذكر أن هذا التوجه الذى تدعو إليه المنظمات الدولية فى الوقت الحاضر لم يأت من فراغ، ولكنه جاء نتيجة للدراسات المستفيضة المتوالية لعائدات جهود المكافحة فى كثير من الدول على مر الأعوام، وخاصة منذ انتهاء الحرب

العالمية الثانية. فقد تبين أن تصعيد إجراءات مكافحة التهريب والزراعة والتصنيع والاتجار كان يأتى فى معظم الأحوال بتقليص محدود ومؤقت لتيار تفاقم المشكلة، ثم لا يلبث التيار أن يعود إلى مواصلة اندفاعه وزيادة خطورته، وذلك لأن حالة الطلب قائمة تغرى بمزيد من تصعيد روح المغامرة فى مواجهة تصعيد إجراءات المكافحة. وفى هذا الصدد نذكر بحوث الدكتور سمارت R. G. Smart الباحث الكندى فى مؤسسة بحوث الإدمان فى تورنتو؛ ففى ثنايا عرض تقويمى من منظور تاريخى اجتماعى لعائدات جهود المكافحة فى عدد كبير من الدول، يخلص هذا الباحث إلى عدد من الاستنتاجات من أهمها ما يأتى: «يتحقق للقيود القانونية أعلى درجة من الفاعلية إذا ارتبطت وتزامنت معها الجهود التربوية والتأهيلية، وذلك كما حدث فى اليابان عند مواجهتها للانتشار الوبائى لتعاطى الأمفيتامين» (Samrt 1976). وجدير بالذكر أن الجهود التربوية والتأهيلية ليست سوى إجراء محدود من إجراءات خفض الطلب.

أدوات تقدير المشكلة:

لتقدير مشكلة المخدرات من حيث الكم والكيف أدوات متعددة، نذكر فى مقدمتها ما يأتى:

١ - تقارير إدارات المكافحة فى الدول المختلفة: وهى تقارير تتناول عادة أحجام المضبوطات من المواد الإدمانية المختلفة التى أمكن ضبطها ومصادرتها فى خلال سنة كاملة، وأعداد المقبوض عليهم، وأعداد القضايا المنظورة أمام المحاكم بشأن هذه المضبوطات. وقد تزيد بعض التقارير على ذلك بضع فصول تتناول فيها بعض حالات المهربين أو التجار أو بعض القضايا بأسلوب دراسة الحالة لما تراه فى هذا الصدد من أنها جديرة بالدراسة المفصلة التى تصلح للإفادة منها فى المستقبل. وقد جرت على هذا النهج الإدارة العامة لمكافحة المخدرات فى مصر، فى كثير من تقاريرها. وتعتبر هذه التقارير أداة مهمة لتقدير حجم العرض.

٢ - تقارير شبكات المعلومات وشبكات الإنذار القائمة فى بعض الدول

المتقدمة: وهى تقارير تقوم على تجميع البيانات المرصودة والمسجلة فى دور العلاج، والإسعاف، وأقسام استقبال الحوادث فى المستشفيات، ومراكز الطب الشرعى القائمة على تشريح جثث القتلى فى حوادث الانتحار أو شبهة الانتحار وفى حوادث الطرق... إلخ. ومن أشهر التقارير التى تندرج تحت هذه الفئة تلك التى تصدر سنويا فى الولايات المتحدة الأمريكية باسم DAWN، وهى التسمية المختصرة لـ«شبكة الإنذار الخاصة بتعاطى المخدرات». Drug Abuse Warning Network. وقد جاء فى تقرير سنة ١٩٧٨ عن هذه الشبكة... إنها مشروع يقوم تحت الرعاية المشتركة للإدارة العامة للمكافحة، والمعهد القومى لبحوث تعاطى المخدرات، وإن هدفه العام هو تجميع، وتفسير، ونشر المعلومات التى تتعلق بالتعاطى والواردة من مواقع محددة داخل الولايات المتحدة. وإن الإدارة العامة للمكافحة تستخدم هذه المعلومات فى برامجها لتطبيق القانون، وضمان الخضوع له، وإعداد جداول عملها، وفى دراساتها؛ كما أن المعهد القومى يستغل المعلومات فى إعداد برامجه التنبؤية، والتربوية، والوقائية، والعلاجية والتأهيلية». (Project Dawn 1978) وتعتبر هذه التقارير من المصادر الهامة لتقدير حجم الطلب فى المجتمع.

٣ ـ المسوح الميدانية[1] يستخدم هذا المصطلح للإشارة إلى البحوث التى تتناول انتشار ظاهرة ما أو بعض الظواهر فى المجتمع، ويكون هدفها العام عادة إلقاء الضوء على العلاقات التى تربط بين الظاهرة وعدد من العوامل التى تسهم فى تشكيلها أو تحديدها. وقد يكون من بين أهداف البحث تحديد معدل انتشار الظاهرة فى المجتمع أو تحديد معدلات انتشارها فى شرائحه المختلفة. فإذا كان هذا من بين أهداف الدراسة، وجب الالتزام بقواعد معينة فى انتخاب عينة البحث بحيث يتوفر فيها شرط تمثيل المجتمع الذى يدرسه الباحث تمثيلا دقيقا. فإذا كانت الظاهرة التى يتناولها المسح ظاهرة مرضية سمى المسح بحثا وبائيا[2].

---

(1) Surveys

(2) epidemiological research

وكانت البحوث الوبائية فى أول عهد الباحثين بها طوال النصف الثانى من القرن التاسع عشر وقفا على دراسة أنماط انتشار الأمراض الوبائية، أى الأمراض سريعة الانتقال بالعدوى، كالحميات والكوليرا (ومن هنا جاءت تسميتها). وفى السنوات الأخيرة من القرن التاسع عشر أخذت تمتد لتشمل أنماط انتشار الأمراض المزمنة. ومع منتصف القرن العشرين امتدت لتتناول أشكال انتشار الأمراض النفسية فى المجتمعات (Morrison 1959; Reid 1960; Lin & Standley 1962) ومع اقتراب السبعينيات امتدت البحوث الوبائية لتشمل كذلك دراسة كيفية انتشار تعاطى المخدرات وإدمانها فى المجتمعات. وفى هذا الصدد نص التقرير الفنى التاسع عشر الصادر عن لجنة خبراء بحوث المخدرات، بهيئة الصحة العالمية، الصادر فى سنة ١٩٧٣ على أهمية هذا الامتداد بأسلوب البحوث الوبائية (التى هى أصلا جزء من المسوح الميدانية) إلى ميدان المخدرات. ونظرًا لأهمية هذا النص فإننا نورده فيما يلى:

«شاع استخدام المناحى والمناهج الابيديميولوجية فى دراسة نوعيات مختلفة من الأمراض، والاضطرابات، والظواهر المرضية التى تراوحت بين الأمراض المعدية والاضطرابات القلبية والرئوية، وشملت الاختلالات الوراثية، والأمراض النفسية، والجناح والحوادث. وقد استخدمت هذه المناحى والمناهج لأغراض منها: (١) تحديد الانتشار، والإصابة، والتوزيع الذى تظهر به حالة أو اضطراب ما فى مجتمع بعينه (٢) وتحديد التاريخ الطبيعى لاضطراب معين، (٣) وتوضيح منشأ العوامل المرسبة أو المعدلة وطبيعتها. (٤) وتقدير الخطر المحتمل لظهور الاضطراب لدى المجتمع أو الفرد، (٥) ووضع الأساس اللازم لإقرار سياسة أو برنامج معين، (٦) وتقويم كفاءة هذا النوع من السياسات والبرامج فى تحقيق أهدافها المعلنة، (٧) والكشف عن أشكال مرضية جديدة.

وفيما يتعلق بالأنماط المتعددة للاعتماد على المخدرات فإن هناك حاجة ملحة تدعو إلى طلب المزيد من المعلومات التى تدور حول هذه الأغراض التى ذكرناها، وذلك بخصوص الأماكن والمناطق التى يؤدى تعاطى المخدرات فيها إلى مشكلات

فردية واجتماعية ومشكلات تمس الصحة العامة. وهناك اعتبارات متعددة توحى جميعا بالفائدة التى يمكن أن نجنيها من تطبيق الأساليب الوبائية فى دراسة الاعتماد على المخدرات. من هذا القبيل مثلا أن أنواعا عديدة من الاعتماد على المخدرات لا يحدث أى منها إلا عند فئة قليلة من الأشخاص وذلك فى معظم الأماكن والشرائح العمرية، وهو أمر يوحى بإمكان تحديد العوامل المرتبطة ارتباطا جوهريا بنشوء هذه الأنواع من الاعتماد. كذلك فإن وجود مناطق ترتفع فيها معدلات الانتشار وأخرى تنخفض فيها هذه المعدلات داخل المدينة الواحدة يتيح إمكانات مماثلة لتحديد العوامل المسئولة.

وبالمثل فإن قابلية انتشار الاعتماد عن طريق «العدوى الاجتماعية» وأهمية تعرض الشخص والضعف الذى يبديه بعض من يتعرضون لأجواء التعاطى، هذه كذلك جوانب من الظاهرة تزكى استخدام منحى كان معدا أصلا لدراسة انتشار الأوبئة. وأخيرا فربما كان أهم ما يغرينا بتطبيق المنحى الوبائى هو أن الاعتماد على المخدرات ظاهرة لاشك فى تعدد العوامل المسهمة فى نشأتها. (WHO 1973, Techn. Rep. Ser. No. 526' P. 12)

ويتضح للقارىء من هذا النص عدة حقائق، فى مقدمتها أن البحوث الوبائية (من حيث هى نوع من أنواع المسوح الميدانية) تعتبر من بين الأساليب التى يجب إضافتها إلى ما لدينا من أدوات وطرق متعددة لتقدير مشكلة المخدرات. ويتضح كذلك أنها تنصب بالدرجة الأولى على تقدير جانب الطلب من بين جانبى المشكلة، ومع ذلك فهذا لا يمنع من أنها يمكن أن تضىء لنا الطريق بصورة غير مباشرة إلى مزيد من الدقة فى تقدير الشق الخاص بالعرض.

الدعوة إلى العناية بالمسوح الميدانية؛ لماذا؟

لا جدال فى أن الأدوات الثلاث التى ذكرناها، وهى تقارير إدارات المكافحة، وتقارير شبكات الإنذار، والمسوح الميدانية، بالغة الأهمية فى تقدير مشكلة المخدرات. بل وهناك أدوات أخرى تستخدم للغرض نفسه، لم نذكرها، لها هى

الأخرى أهمية لا يمكن تجاهلها. من هذا القبيل ما يسمى بتقارير تقدير الحالة، وهى تقارير يكتبها بعض العاملين الميدانيين فى حقل المكافحة يقدرون فيها حجم المشكلة وخطورتها فى منطقة محددة من الوطن الذى يعملون فيه، وهم يعتمدون فى تقديراتهم هذه على رصيدهم من الخبرة الميدانية مضافا إلى اتصالاتهم الرسمية وغير الرسمية. كذلك هناك ما يمكن وضعه من تقارير تستند إلى بيانات تستقى من واقع ملفات قضايا المخدرات التى يتم الحكم فيها. هذه كلها أدوات تستخدم أو يمكن استخدامها فى تقدير مشكلة المخدرات بأبعادها المختلفة، ولكل منها أهميته لسبب رئيسى هو أنها تتكامل فيما بينها، بمعنى أن كلا منها يمدنا بنوع من المعلومات عن المشكلة لا توفره لنا الأدوات الأخرى، ومن ثم فلا يمكن أن يقال إن إحدى هذه الأدوات التى ذكرناها تغنى عن الأخرى. ومن هنا يصبح المطلب المشروع فعلا هو أننا ياليتنا كنا نستطيع أن نستخدم هذه الأدوات جميعا، أو بعبارة أخرى ياليت أن هذه الأدوات جميعا يمكن استخدامها فى جميع الدول القائمة الآن على سطح الكرة الأرضية. ولكننا نعلم أن هذا التمنى بعيد عن التحقق فى الحاضر وفى المستقبل القريب، والسبب فى ذلك هو أن بعض هذه الأدوات يحتاج لاستخدامه إلى توفر قدرات كبيرة على الإنفاق، وعلى التنظيم الإدارى، وعلى توفر أنواع من الخدمات، وأعداد من الفنيين المدربيْن تدريبا خاصا، وهذه كلها شروط لا تتوفر لمعظم الدول فى الوقت الحاضر. خذ مثلا على هذا تقارير شبكات المعلومات والإنذار، فهذه بكل ما تقتضيه من ميزانية، ومن جهود تنظيمية وإدارية، ومن توفر فعلى لخدمات بعينها، ومن تدريب نوعى لأعداد كبيرة من الفنيين. . الخ هذه الأداة لم تستطع العمل بها سوى دولة واحدة هى الولايات المتحدة الأمريكية. فحتى سائر الدول المتقدمة (ناهيك عن النامية) لم تستطع أى منها حتى الآن أن تقيم دعائم شبكة مماثلة من حيث الحجم ولا من حيث انضباط العمل واستمراره منذ سنة ١٩٧٣ وحتى الآن. لذلك فليس من الواقعية فى شىء أن ندعوا إلى استحداث مثل هذه الشبكة فى بلادنا العربية فى الوقت الحاضر ولا أن نستثير الآمال فيما يمكن أن نجنيه من تقاريرها من فوائد.

تبقى أمامنا الأداتان الرئيسيتان الأخريان، تقارير إدارات المكافحة، والمسوح الميدانية. ولاشك لدينا أن معظم دولنا العربية لديها تقارير مكافحة بصورة أو بأخرى، وقد تتفاوت هذه التقارير فيما بينها من دولة إلى أخرى من حيث شمولها، أو انتظامها، أو استقرارها على صورة معينة، ولكن جميع هذه الأمور تفصيلات يمكن النظر فى تعديلها وتطويرها نحو مزيد من الدقة سعيا وراء مزيد من كفاءة التشغيل أو الاستفادة، أما الأمر المهم فهو أن هذه التقارير موجودة.

فماذا عن المسوح الميدانية؟ هذه المسوح الميدانية تحتاج إليها كثير من الدول العربية، ويمكنها أن تشرع فورا فى تنشيطها بما لديها من إمكانات مادية وبشرية فى الوقت الحاضر. لهذا السبب رأينا أن ندير الحديث حولها فى هذا المقال.

أساسيات المسوح الميدانية:

يهمنا أن نتحدث فى هذا المقام عن نقطتين أساسيتين، هما الهدف الرئيسى للمسح الميدانى، والعينة التى يعتمد الباحث عليها فى إجراء هذا المسح.

الهدف الرئيسى لأى مسح ميدانى هو الكشف عن العوامل التى تقف وراء الظاهرة التى يتقدم الباحث لدراستها، وهى العوامل التى تسهم فى تشكيل أو تحديد الظاهرة موضع الدراسة. بعبارة أخرى إذا كان الباحث بصدد النظر فى أمر ظاهرة اجتماعية ما (أو نفسية اجتماعية) وكان عنده ما يبرر تصور أن الظاهرة ترجع إلى عدد من العوامل لا إلى عامل واحد، (وهو الأمر الشائع فيما يتعلق بمعظم الظواهر الاجتماعية، والنفسية الاجتماعية، والظواهر التى تنتمى إلى مجال الصحة) فالدراسة المسحية هى الطريق العلمى الأمثل أمامه لإلقاء الضوء على هذه العوامل، أى لتحديد هويتها على أساس واقعى، بدلا من الجدل النظرى الذى قد يكون بعيدا عن الحقيقة ويظل كذلك من أوله إلى آخره. ولما كانت كثير من الظواهر الاجتماعية والنفسية الاجتماعية تعانى من الآراء الظنية التى ينحاز إليها أصحابها كل يفسرها كما يتراءى له، وقد تختلف الآراء حول تفسير ظاهرة واحدة دون أن يستطيع أصحاب هذه الآراء حسم خلافاتهم بصورة تقنع جميع الأطراف

فإن الحل الأوحد هو امتحان الواقع نفسه بالأسلوب العلمى. وفى هذا المجال فإن أسلوب المسح الميدانى هو الطريق العلمى المضمون. وهذا بالضبط هو ما فعلته «لجنة بحث تعاطى الحشيش فى مصر» عندما شكلت فى سنة ١٩٥٧ وكلفت بالإجابة على السؤال البسيط الذى كان يفرض نفسه على عقول الجميع، وهو: ماهى العوامل التى تجعل بعض المواطنين يتعاطون الحشيش؟ وفى محاولتها أن تجد الإجابة العلمية التى سوف تكون مقنعة للجميع رأت اللجنة أن الخطوة الأولى التى يجب أن تخطوها فى هذا السبيل هى إجراء مسح ميدانى يتناول هذا الموضوع (لجنة بحث تعاطى الحشيش ١٩٦٠ و ١٩٦٤).

وليس معنى هذا الكلام أن السؤال الذى نشير إليه هو السؤال الأوحد الذى يمكن للمسح الميدانى أن يجيب عنه، ولكن معناه المقصود هو أن هذا السؤال هو السؤال المحورى، الذى قد تتولد عنه أو تدور حوله أسئلة أخرى ولكنه يظل هو الأساس. مثال ذلك أن السؤال الذى نحن بصدده يمكن أن يتولد عنه سؤال فرعى أول مؤداه: هل العوامل القائمة وراء الظاهرة (ظاهرة تعاطى القنب مثلا) هى نفسها بالنسبة للأفراد من جميع شرائح المجتمع؟ ويتولد عن هذا سؤال فرعى ثان، وثالث ورابع حول العوامل المسئولة عن التعاطى فى شريحة الطلاب، وتلك المسئولة عن التعاطى بين العمال... الخ. كذلك يمكن أن يتولد سؤال فرعى ذو توجه جديد، مؤداه: وهل تكون العوامل كلها ذات أوزان متماثلة أي ذات إسهامات متساوية فى تشكيل الظاهرة؟ ثم عن هذا السؤال يتفرع غيره، وهكذا. على هذا النحو يمكن أن نجد أنفسنا فى غمرة عشرات الأسئلة. ولكن يظل المحور واحد، وهو إلقاء الضوء على حقيقة العوامل التى تسهم فى تشكيل الظاهرة أو تحديدها. هذا عن الهدف الرئيسى للمسح الميدانى.

أما عن النقطة الأساسية الثانية وهى الخاصة بالعينة فهى تدور حول ما ينبغى للباحث أن يوفره فى العينة من الأفراد الذين سيجرى المسح عليهم. والشرط الرئيسى فى هذا الصدد هو أن تكون العينة ممثلة للجمهور الذى سوف يعمم الباحث نتائج بحثه عليه، وهو شرط يفرضه المنطق قبل أى اعتبار آخر. إلا أن

الالتزام الدقيق به وبمقتضياته يخضع لعدة اعتبارات مما يتيح لنا أن ننظر إلى هذا الالتزام على أن تحققه يمكن أن يمر بمستويين، أولهما مستوى التمثيل الإجمالى (أو التقريبى)، والثانى هو المستوى التفصيلى الدقيق. فعندما يكون الباحث بصدد المراحل الأولى أو المبكرة من مشروع بحثى كبير، وتكون هذه المراحل المبكرة ذات طبيعة استكشافية يجوز له أن يجرى مسحا على عينة تقترب إجمالا من تمثيل الجمهور الذى ينوى تعميم النتائج عليه. كذلك عندما يكون مطلب الباحث هو الحصول على نوع معين من المعلومات عن العوامل التى يسعى إلى الكشف عنها جاز له أن يكتفى بالتمثيل الإجمالى الذى نتحدث عنه. مثال ذلك: نفرض أننى بصدد محاولة الإجابة عن السؤال الذى يدور حول ما هى العوامل المسئولة عن التعاطى، أو المرتبطة به؟ فى هذه الحالة يكفينى فى العينة أن تكون ممثلة بوجه عام للجمهور. بعبارة أخرى مادمت أسعى إلى تحديد ماهية العوامل المسئولة دون أوزانها النسبية، أو مادمت أسعى إلى معرفة ما إذا كانت العوامل التى أفترض وجودها مرتبطة أم غير مرتبطة بالتعاطى، أو مادمت أسعى إلى معرفة ما إذا كانت هذه العوامل مترابطة أم غير مترابطة فيما بينها (دون أن أسعى إلى معرفة الحجم الحقيقى للارتباطات القائمة فيما بينها) فى هذه الأحوال جميعا يمكن الاكتفاء بأن تكون العينة ممثلة تمثيلا إجماليا (تقريبيا) للجمهور الذى نستمدها منه. بعبارة موجزة إنه كلما كان مطلب الباحث هو الكشف عما إذا كانت علاقة ما موجودة أو غير موجودة (بين عامل بعينه والظاهرة موضوع الدراسة) جاز الاكتفاء بالتمثيل التقريبى أو الإجمالى فى العينة.

ولكن هناك أنواعا أخرى من المعلومات إذا قصد الباحث إلى السعى للحصول عليها فلا يجوز له الوقوف بعينته عند هذا المستوى الإجمالى الذى نتكلم عنه. مثال ذلك: نفرض أنه يسعى للحصول على معلومات عن معدلات انتشار التعاطى فى قطاع اجتماعى معين، وليكن طلبة الجامعات، أو لنفرض أنه بصدد الحصول على معلومات عن متوسطات الأعمار التى يبدأ عندها أبناء عدد من الشرائح الاجتماعية تعاطى نوع معين من المخدرات، أو أنه يحاول الوصول إلى معلومة

عن الحجم الحقيقى للعلاقة (لا مجرد وجود علاقة) بين مستوى الدخل الشهرى للعامل واحتمالات تعاطيه مخدراً بعينه . . . الخ ففيما يتعلق بالسعى إلى الحصول على معلومات عن هذه النقاط لا يجوز للباحث أن يعتمد على عينات غير محققة التمثيل للجمهور الذى سوف تعمم النتائج عليه.

هاتان هما النقطتان الرئيسيتان اللتان تأتيان فى مقدمة أساسيات المسوح الميدانية، إحداهما تتعلق بوظيفة هذه المسوح، والأخرى تدور حول بناء العينات التى تعتمد عليها للوصول إلى المعلومات المطلوبة.

مستلزمات إجراء المسوح الميدانية:

إذا اتجه ذهن الباحث إلى إجراء مسح ميدانى للكشف عن العوامل القائمة وراء الظاهرة التى يريد دراستها، وكان على دراية كافية بالمحورين الأساسيين، الهدف والعينة، فلا يلزمه بعد ذلك إلا التفكير فى الأدوات التى سوف يستخدمها؛ وفى هذا الشأن تلزمه أداتان: أداة لجمع البيانات حول الظاهرة، وأداة لتحليل هذه البيانات بما يمكنه من تقديم الإجابات المحددة عن سؤاله الرئيسى الذى بدأ به.

وقد جرت العادة على أن تكون أداة جمع البيانات فى شكل استبيان أو ما يسمى أحيانا استخبارا (أو استمارة بحث)، وهو قائمة بعدد من الأسئلة التى تدور حول بعض خصائص الأفراد الذين تتكون منهم عينة البحث، كما تدور حول بعض جوانب الظاهرة موضوع البحث. ومع ذلك فليست هناك ضرورة تحتم أن تكون الأداة استبيانا، بل قد تكون مشاهدات يجرى جمعها حسب خطة معينة، وقد تكون اختبارا نفسيا أو عددا من الاختبارات النفسية يجرى تطبيقها على أفراد عينة البحث، وقد تكون استبيانا مصحوبا بمشاهدات أو باختبارات. . . الخ. هذا عن أداة جمع البيانات. ويبقى بعد ذلك أداة تحليل هذه البيانات، وهى طرق التحليل الإحصائى، وهذه تتراوح بين أبسط الطرق كحساب التوزيعات التكرارية، أو حساب المتوسطات والتشتتات. . . الخ. . وطرق أخرى على

مستويات أكثر تعقيدا مثل بعض معاملات الارتباط أو معاملات الانحدار (Kahn 1984, P. 11).

تعقيب على موضوع المسوح الميدانية ومستلزماتها:

فى ختام هذه الفقرة من حديثنا عن المسوح ومستلزماتها نرى لزاما علينا أن نقدم للقارىء عددا من التعقيبات تدور حول أهم المبررات العملية التى حدت بنا إلى تحبيذ المسوح الميدانية كواحدة من الأدوات الهامة لتقدير مشكلة المخدرات وتقديمها على هذا النحو للقارىء العربى:

أولاً: تعتبر هذه المسوح أدق الأدوات التى يمكن الاعتماد عليها للوصول إلى تقدير صحيح لحجم مشكلة المخدرات فى المجتمع، ولعدد من أوجه خطورتها. ومن أهم مزاياها أن نتائجها تكون مزودة بتقدير لاحتمالات الخطأ المتضمنة فى أى معلومة من الحقائق الكثيرة التى تقدمها لنا، ومن ثم فهى تعطى للمعنيين من صناع القرارات على اختلاف مستوياتها فرصة التبصر بالقيمة الحقيقية التى ستكون لأى قرار يتخذونه بناء على هذه المعلومة أو تلك، وهذا يهديهم إلى الإحجام عن اتخاذ القرارات الخطيرة حيث تنطوى المعلومة على احتمالات عالية للخطأ، والإقدام حيث تنخفض احتمالات الخطأ. بعبارة أخرى إن هذه المسوح لا تحمل للمعنيين هذه المعلومة أو تلك فحسب، ولكنها تزودهم كذلك بما من شأنه ترشيد عملية اتخاذ القرار المؤسس عليها.

ثانياً: التكلفة المالية لإجراء هذه البحوث زهيدة بشكل ملحوظ إذا قورنت بالتكلفة المالية التى تقتضيها أنواع أخرى من بحوث المخدرات، ويدخل فى هذا الصدد بوجه خاص أن إجراءها لا يحتاج إلا إلى العقل البشرى والجهد البشرى؛ وفيما عدا الاحتياج إلى خدمات الحاسب الآلى فالمسألة لا تحتاج أية تقنيات متقدمة أو غير متقدمة.

ثالثاً: مجموعة المعلومات الرئيسية التى تزودنا بها هذه المسوح لا يمكن الحصول عليها من أى مصدر أجنبى، وهو الأسلوب الذى اعتاده معظم الفنيين

المتخصصين لدينا، بعكس الحال بالنسبة لمعلومات أخرى مما تقدمه التحليلات الكيميائية أو الفارماكولوچية مثلا: فإذا كنت أعرف أن معدل انتشار تعاطى الحشيش بين تلاميذ المدارس الثانوية للبنين فى مدينة القاهرة الكبرى سنة ١٩٧٨ هو ١٠٪ فهذه معلومة لا يمكن الحصول عليها من أى مرجع أجنبى. ولو أننى تصورت أن المعلومات المناظرة الواردة فى المراجع الأجنبية يمكن الاعتماد عليها فسأقع حينئذ فى خطأ فادح. خذ مثلا النتيجة المناظرة المنشور عن تلاميذ المدارس الثانوية فى الولايات المتحدة الأمريكية سنة ١٩٨٠ تجدها تشير إلى أن هذا المعدل هو ٦٠٪ (Johnston et al. 1980, P . 11) أى لدينا ١٠٪ ولديهم ٦٠٪ (فى نطاق الشريحة نفسها هنا وهناك). هذا مثال لا يحتاج إلى مزيد من الإيضاح. والصورة مختلفة تماما إذا تركنا موضوع معدلات انتشار التعاطى واتجهنا إلى معلومة فارماكولوچية مثل القول بأن THC و Δ هو العنصر الفعال فى الحشيش، أى العنصر المسئول عن معظم التغيرات السلوكية الناتجة عن تعاطى الحشيش. أما Δ_8 THC فيكاد يكون خاملا بالنسبة لهذه التغيرات. مثل هذه المعلومة يمكن الاعتماد فيها على النقل من المراجع الأجنبية، فهى صالحة للاستعمال المباشر فى أى بلد على سطح الكرة الأرضية. وجدير بالذكر أن هذه المقارنة وما نستخلصه منها تصدق بالنسبة لمعظم المعلومات التى تقدمها لنا المسوح الميدانية فى مقابل معظم المعلومات التى تزودنا بها معظم البحوث الكيميائية والفارماكولوچية.

رابعاً: يلاحظ أن المعلومات والمهارات الأكاديمية والعملية التى يتطلبها إجراء هذه المسوح، واستخلاص النتائج المرجوة منها، وعرض هذه النتائج بالصورة التى يحتاج إليها عالم التطبيق (بدءاً من الآباء والمربين إلى صناع القرار والمشرعين) هذه المعلومات والمهارات تقع جميعا داخل نطاق ما يتعلمه دارسو العلوم النفسية والاجتماعية فى كثير من الجامعات العربية، ومن ثم فالطواقم اللازمة للتوظيف الاجتماعى للأداة التى نحن بصدد الحديث عنها موجودة فعلا، فى حوزة الدول العربية، ولا يتطلب الأمر بعد ذلك سوى خلق الآلية التى تقوم بالدور القيادى

لتشغيل هذه الطواقم. وربما استلزم الأمر فى بدايته قدرا محدودا من التدريب بما يكفى لوضع النقاط فوق الحروف.

كيف نستعين بالمسوح الميدانية لتقدير مشكلة المخدرات:

سبق أن أشرنا فى مستهل هذا الحديث، إلى وجود شقين رئيسيين لتقدير مشكلة المخدرات؛ وهما التقدير الكمى، والتقدير الكيفى. وضربنا الأمثلة لما يقع تحت كل من النوعين. والآن، وقد فرغنا من إلقاء قدر لا بأس به من الضوء على المسوح نفسها؛ وظيفتها ومزاياها ومستلزماتها، فقد آن الأوان للحديث عن الكيفية التى يمكن بها استخدام هذه الأداة للتقدير الكمى والكيفى المطلوبين.

نفرض أن سؤالا وجه إلينا من قبل المسئولين حول تقديرنا لعدد متعاطى الحشيش بين تلاميذ المدارس الثانوية (البنين) فى جمهورية مصر العربية. عندئذ تقتضى الإجابة التخطيط لمسح ميدانى، نحصل من أجله على المعلومات الرسمية المتوفرة لدى السلطات التعليمية عن تعداد تلاميذ المدارس الثانوية فى الجمهورية وتوزيعهم على فئات هذه المدارس المختلفة، وهذه كلها معلومات متوفرة فعلا لدى وزارة التعليم، ولا يقتضى الحصول عليها سوى بضع إجراءات محدودة. وعلى ضوء هذا الحصر والميزانية المرصودة لأداء المهمة (ولا يقتضى الأمر ميزانية كبيرة)، والطاقة البشرية التى يحسن الاستعانة بها للمعاونة يضع الباحث الرئيسى (الذى سيتولى مسئولية المشروع) خطته للعمل فيما يتعلق بحجم العينة من الطلاب التى سيتناولها البحث، وخصائص هذه العينة، كما يصوغ أسئلة الاستبيان الذى سوف يستعين به لجمع البيانات المطلوبة، ثم يختار مساعديه من بين المؤهلين فى الدراسات النفسية أو الاجتماعية ويخضعهم لبرنامج تدريبى محدود قد لا يستغرق أكثر من بضعة أيام، ويبدأ بعد ذلك فى تطبيق استبيانه حسب التخطيط المرسوم لحجم العينة وتوزيعها. فإذا ما اكتمل له جمع البيانات كانت الخطوة التالية هى إجراء التحليلات الكفيلة بالإجابة أولا عن سؤال يدور حول نسبة متعاطى الحشيش من التلاميذ فى عينة البحث، ثم ترجمتها إلى أعداد

مطلقة فى مجموع تلاميذ التعليم الثانوى فى القطر. ومثل هذا حدث معنا فعلا فى مصر فى سنة ١٩٨٧، فقد وجه إلينا السؤال المذكور من قبل المعنيين، وبالفعل تم اتخاذ الخطوات التى أتينا على ذكرها، وانتهينا إلى تقديم الإجابة، ومؤداها أن ٥,٩٤٪ من عينة البحث على مستوى القطر تعاطت أو تتعاطى الحشيش. وبما أن نسبة العينة أصلا إلى جمهور طلاب المدارس الثانوية كان ١٢,٤٪، وكان تعداد التلاميذ (أى الحجم الكلى لجمهورهم) يساوى ٣٥٥٤٥٤ تلميذاً، فقد كان معنى ذلك أن عدد الأفراد الذى جربوا تعاطى القنب فى هذه الشريحة ٢١١١٤ تلميذاً. ولكى نستكمل المعلومة بالصورة اللائقة بالعقل العلمى كان علينا أن نعرف نسبة من توقفوا نهائيا عن التعاطى بعد خبرة واحدة أو بضع خبرات محدودة، إذ أن هذا يحدث كثيرا فى محيط هؤلاء الشباب؛ بل إن الغالبية منهم لا يلبثون أن يتوقفوا عن التعاطى بعد أن جربوه، ويكون هذا التوقف لأسباب تختلف باختلاف ظروف كل شاب. وفعلا تبين لنا أن نسبة الذين توقفوا على هذا النحو بلغت ٧٦,٣٢٪ ممن تعاطوا، فى حين أن ١٥,١٧٪ فقط هم الذين استمروا فى تعاطيهم. فإذا نسبنا هؤلاء إلى العينة الكلية للبحث (لا إلى الذين تعاطوا فقط) وجدنا أنهم لا يزيدون على ٠,٩٪ من هذه العينة الكلية؛ فإذا حولنا هذه النسبة إلى أعداد مطلقة فى جمهور تلاميذ الثانوى بأكمله تبين أنهم ٣١٩٩ تلميذا. هذا مثال محدود لبعض معلومات تتعلق بالتقدير الكمى للمشكلة. وهناك معلومات أخرى تكمل الصورة من هذه الزاوية لمن أراد استكمال الصورة، وهى جميعها منشورة (أنظر سويف، ١٩٩٢)، ولكننا نكتفى بهذه الجزئية التى أوردناها. وننتقل الآن إلى الحديث عن التقدير الكيفى للمشكلة، أى تقدير خطورة المشكلة.

لتقدير خطورة مشكلة المخدرات هناك أسئلة لابد من طرحها لأن الإجابات عليها هى المكونات الرئيسية لتقدير هذه الخطورة. من هذه الأسئلة على سبيل المثال (وقد طرحنا عددا منها كذلك فى بداية هذا المقال) ما يأتى: ما هى أنماط تعاطى الحشيش السائدة بين هؤلاء التلاميذ؟ ذلك أن الأضرار الصحية (البدنية

والنفسية المترتبة على التعاطى بالتدخين تختلف عن تلك التى تترتب على التعاطى بالبلع. . إلخ). وما هو توزيع التعاطى بين الشرائح العمرية المختلفة لهؤلاء التلاميذ؟ ذلك أنه كلما بدأ التعاطى مبكرا ارتفعت احتمالات استمرار الشباب فى تعاطيه حتى يصل إلى مستوى الإدمان (soueif 1971) ثم سؤال ثالث: ماهى أنواع المشكلات الاجتماعية المقترنة بهذا التعاطى؟ وهناك أسئلة أخرى كثيرة تعتبر أسئلة كاشفة عن خطورة المشكلة، ولكننا نكتفى بهذه الأسئلة الثلاثة التى أوردناها، وننظر فى الإجابات عنها.

تبين لنا أن التدخين فى السجاير (مع الطباق) هو النمط السائد بين الغالبية العظمى للتلاميذ. وفى هذا الصدد يلزمنا أن نتذكر الرأى الطبى الجاد فى أثر تدخين القنب. ونحن نورد هنا قدرا محدودا من هذا الرأى نقلا عن وثيقة علمية بالغة الأهمية، بعنوان: «القنب: الآثار الضارة بالصحة، بيان أعدته مجموعة مؤسسة بحوث الإدمان فى أونتاريو ـ كندا» (١٩٨٠) جاء فى البيان ما يلى:

«يدخن القنب عادة إما بمفرده أو ممزوجا بالطباق. والدخان عبارة عن رذاذ يتكون من جسيمات دقيقة معلقة فى خليط من بخار الماء وغازات مثل أول أوكسيد الكربون. وتتشكل هذه الجسيمات البقايا الصلبة المسماة بالقطران. وينتج القنب كمية من القطران تزيد بنسبة ٥٠٪ عن الكمية الناتجة عن وزن مماثل لأنواع الطباق القوى. وعادة ما تدخن سيجارة القنب بحيث لا يتبقى منها سوى عقب صغير بقدر الإمكان. ولذا ينتج عنها ضعف كمية القطران التى كان من الممكن أن تنتج إذا ما دخنت بالطريقة نفسها التى تدخن بها السيجارة العادية.

وبالإضافة إلى ذلك، يحتوى القطران على أكثر من ١٥٠ نوع من هيدروكربونات مركبة تحتوى على مواد محدثة للسرطان مثل البنزو (أ) بيرين، ويعتبر تركيز هذا المكون فى قطران القنب أعلى بمقدار ٧٠٪ عنه فى وزن مماثل من قطران الطباق. ولذا فإن الإحتراق الكامل لسيجارة واحدة من القنب ينتج عنه حوالى خمسة أمثال كمية البنزو (أ) بيرين (٣) الناتج عن سيجارة واحدة

مماثلة الوزن من الطباق، ولكنها تم تدخينها حتى عقب يبلغ طوله ٣٠ ملليمترا. بل إن كمية البنزو (أ) بيرين المختزنة فى الرئتين نتيجة لتدخين سيجارة واحدة من القنب غالبا ما تكون أكبر من الكمية المختزنة نتيجة لتدخين خمس سجاير بطريقة عادية، وذلك نظرا لأن دخان القنب يستنشق بعمق ويحتفظ به لمدة تصل إلى ٣٠ ثانية. ومن ثم فإن تدخين سيجارتين أو ثلاث سجاير من القنب فى اليوم يمكن أن يحمل نفس خطر إصابة الرئتين كتدخين علبة كاملة من سجاير الطباق بالطريقة العادية» (سويف ١٩٩٢، ص١٩١).

وفيما يتعلق بالسؤال الثانى، الخاص بتوزيع التعاطى بين الشرائح العمرية المختلفة للتلاميذ تبين أن أكثر قليلا من ٦٪ من الذين أقروا بالتعاطى بدأوا محاولاتهم الأولى قبيل بلوغ سن الثانية عشرة. وأن أخطر الأعمار هى الفترة من سن ١٥ سنة وحتى سن ١٧ سنة إذ تقفز نسبة المبتدئين فى سن ١٥ سنة إلى ١٩٪ من المتعاطين ثم ٣٠٪ عند سن ١٦ سنة، ثم ٢٠٪ عند سن ١٧ سنة ثم تأخذ فى الانخفاض بشكل ملحوظ بعد ذلك.

وفيما يتعلق بالسؤال الثالث، وهو الذى يدور حول المشكلات الاجتماعية المقترنة بالتعاطى كان أخطر ما تبين لنا هو الارتباط الجوهرى بين تعاطى الحشيش وشيوع الانحرافات السلوكية بين التلاميذ المتعاطين بصورة تفوق كثيرا جدا وجود هذه الانحرافات بين غير المتعاطين. وجدير بالذكر أن ما تحققنا من وجوده فى هذا الصدد هو ثلاث فئات من انحرافات السلوك؛ فئة تتعلق بالحياة المدرسية لهؤلاء التلاميذ، والفئة الثانية تقع فى مجال علاقاتهم بعائلاتهم، والثالثة تقع فى مجال احتكاكهم بالحياة العامة.

خلاصة القول فى هذه الفقرة أننا نقدم للقارىء من خلال نموذج واقعى لدراسة مسحية أجريت حديثا فى جمهورية مصر العربية كيف يمكن الاستعانة بالمسوح الميدانية للإجابة عن أسئلة تتناول تقدير بعض الأبعاد الكمية لمشكلة تعاطى المخدرات، كما تتناول التقدير الكيفى لخطورتها. وغنى عن البيان أن ما

قدمناه إنما هو لمحة شديدة الإيجاز؛ فإلى جانب بضعة الأسئلة المحدودة التى أوردناها هناك عشرات الأسئلة الأخرى التى تمت الإجابة عنها أيضا: منها ما يتعلق بالكم ومنها ما يشير إلى الكيف، ثم إن ما ذكرناه بالنسبة لتعاطى الحشيش يمكن تكراره حول تعاطى مخدرات أو مواد نفسية إدمانية أخرى كالأفيون والأدوية النفسية وقد حدث ذلك بالفعل فى نطاق النموذج المذكور.

كذلك فإن ما أمكن إجراؤه بالنسبة لتلاميذ المدارس يمكن تحقيقه بالنسبة لطلبة الجامعات (Soueif, et. al., 1986, 1987) ولفئات العمال (Soueif, et. al., 1988) ولسائر الشرائح أو قطاعات المجتمع.

كلمة ختامية

فى ختام هذا الفصل تبقى كلمة أخيرة يلزمنا أن نضعها على مشهد من القارىء، وذلك باسم الأمانة العلمية والشعور بالمسئولية الاجتماعية نحو تطبيقات العلم. فقد أدرنا الحديث كله حول مزايا استخدام المسوح الاجتماعية كأداة علمية لتقدير مشكلة المخدرات المؤرقة للجميع. وأشرنا بالتصريح أحيانا وبالتلميح أحيانا أخرى إلى أن كفاءة هذه الأداة فى أداء المهمة المطلوبة تفوق بكثير كفاءة الطرق التقليدية التى جرى استخدامها فى الماضى ولايزال يجرى هذا الاستخدام فى الحاضر.

والذى يجب علينا أن نقوله الآن هو أن النغمة السائدة فى هذا الحديث لا يجوز لها أن توحى للقارىء بأن مسألة استخدام هذه المسوح مسألة ميسورة دون إعداد علمى كاف لمن يقوم بها. إن الخطأ الشائع الذى يقع فيه الكثيرون هو تصور أنه بإمكان أى شخص (من أى خلفية دراسية) أن يقوم بإجراء هذه المسوح ما دامت المسألة تتلخص فى توجيه عدد من الأسئلة (الاستبيان أو الاستخبار) إلى عدد من أفراد الشريحة (العينة) المطلوب معرفة أحوال التعاطى فيها. هذا التصور خطأ من أوله إلى آخره، لأنه يقوم على تبسيط مخل إخلالا شديدا للأمور. ذلك أن مسألة إعداد الاستبيان بالأسئلة المناسبة، لا من حيث

طبيعة الكلمات التى يجب اختيارها وتلك التى يجب تحاشيها، والتسلسل الذى يجب أن تقدم الأسئلة متبعة خطواته لا خطوات أى تسلسل آخر، ثم ما ينبغى أن يوفر لهذه الأسئلة من قدرة على استثارة الإجابة الدقيقة (وذلك بحساب درجة الثبات والعمل على رفعها بالطرق الفنية التى يعرفها المختصون)، بالإضافة إلى ضرورة تقدير صدقها (بحساب معامل الصدق). والضمانات (المنهجية) التى يجب أن تقدم فى سياق الاستبيان لكى يطمئن المجيب إلى أن الإجابات التى يدلى بها لن تؤدى إلى التعرف عليه واحتمال الإضرار به، ثم مسألة الطول الأمثل للاستبيان، وموقف التطبيق المناسب، هذه كلها أمور لابد من الدراية العلمية المتخصصة بها، وهى تدرس فى الجامعات تحت عنوان «طرق القياس النفسى»، وأى استهانة بمقتضياتها لابد وأن تؤدى إلى إهدار قيمة ما ينتج عنها. ثم هناك بعد ذلك مسألة الشروط الواجب توفرها فى العينات البشرية التى سوف يجرى عليها تطبيق الاستبيان بحيث يمكن الاعتماد عليها فى الإجابة عن الأسئلة المطروحة بأفضل صورة ممكنة. ثم هناك أولا وأخيرا أنواع التحليلات الإحصائية التى يمكن إجراؤها على ما تجمع لدينا من بيانات حتى يتيسر لنا فهم هذه البيانات والخروج منها باستنتاجات سليمة، هذه كلها أمور بالغة الأهمية. وليس أفضل فى شأن التصدى لها من الامتثال لتوجيهات الحكمة القائلة بإسناد صنع الخبز إلى الخباز، وهو مقتضى التحلى بالروح العلمية فى تدبير أمورنا الاجتماعية.

تلخيص

يدور هذا الفصل حول موضوع له أهميته العلمية والعملية، وهو موضوع استخدام المسوح الميدانية كأداة لتقدير مشكلة المخدرات. وقد بدأنا الحديث بتوضيح ماذا يعنى تقدير مشكلة المخدرات، وأشرنا فى هذا الصدد إلى أن التقدير يشمل جانبى المشكلة، الكم؛ أى حجم المشكلة، والكيف؛ أى أوجه خطورتها. ثم انتقلنا إلى الحديث عن دعوة المنظمات الدولية إلى ضرورة أن تتبنى الدول المختلفة سياسة متكاملة فى مواجهة مشكلة المخدرات، وأن السياسة المتكاملة هى تلك التى تتصدى لجانبى العرض والطلب من تلك المشكلة. وانتقلنا

بعد ذلك إلى حديث موجز عن الأدوات المعروفة عالميا لتقدير المشكلة، وحصرنا حديثنا بهذا الشأن فى ثلاث أدوات، وهى: تقارير إدارات المكافحة، وشبكات المعلومات والإنذار، والمسوح الاجتماعية. وأوضحنا أن التقارير موجودة فعلا فى إدارات المكافحة التابعة لمعظم الدول، غير أنها لا تفى بتقديم القدر المطلوب من المعلومات عن جميع جوانب المشكلة خاصة جانب الطلب. ثم تكلمنا عن شبكات المعلومات والإنذار وقلنا إنها تحتاج إلى إعداد علمى وإدارى وخدمى ليس فى متناول معظم دول العالم المتقدمة والنامية على حد سواء. ولا يبقى بعد ذلك سوى المسوح الميدانية. وعن هذه الأخيرة أفردنا فقرة كاملة لشرح طبيعتها، أتبعناها بفقرة ثانية عن بيان الأسباب التى تبرر الدعوة إلى العناية بها، ثم فقرة ثالثة عن أساسيات المسوح الميدانية، ورابعة عن مستلزمات إجراء هذه المسوح. وأخيرا تكلمنا بشىء من التفصيل عن كيفية الاستعانة بهذه المسوح لإجراء التقدير الفعلى لمشكلة المخدرات من حيث الكم والكيف، مع الإشارة إلى أن هذا أمر ميسور بالنسبة لمعظم الدول العربية نظرا لتوفر الطواقم البشرية التى تؤهلها دراساتها الجامعية للقيام بهذه المهمة.

المراجع

- **Drug Abuse Warning Network, 1978 DAWN annual report,** Drug Enforcement Administration & National Institute on Drug Abuse, 1978. U. S. Department of justice, Drug Enforcement Administration, Washington D. C. 20537.

- Edwards, A. (1954) Experiments: Their Planning and excution, in *Handbook of social psycholgy* G. Lindzey ed.' Cambridge 42 (Mass) Addison - Wesley 259 - 288.

- Johnston, L.D., Bachman, J.G. & Q'Malley. P.M.(1981) *Highlights from student drug Use in America* 1975 - 1980, Maryland: NIDA .

- Kahn, A. S. *Social psychology,* (1984) Dubuque (Iowa): Wm. C. Brown, .

- Lin, T. & Standley, C.C. *The scope of epidemiology in psychiatry,* Geneva: WHO 1962.

- Morrison, S.L. Principles and methods of epidemiological research and their application to psychiatric illness, *J.ment. Sc.,* 1959, 105/441, 999 - 1011.

- Nagler, N.A. (1987) The Council of Europe Cooperation Group to Combat Drug Abuse and Illicit Trafficking in Drugs (the Pompidou Group), *Bull. Narcotics,* 39/1. 3 - 30.

- Reid, D.D.(1960) *Epidemiological methods in the study of mental disorders, Geneva: WHO* .

- Smart, R.G. (1976) Legal restraint and the use of drugs, Paper presented at the 6 th International Institute on the prevention and treatments of drug dependence, 28 June - 2 July 1976. Hamburg: ICAA, 10 - 23.

- Soueif, M. I. (1971) The use of cannabis in Egypt: a behavioural study, *Bull. Narcotics,* 23/4. 17 - 28.

- Soueif, M. I., Darweesh, Z. A., El -Sayed A. M., Yunis, F. A., & Taha, H.S. (1986) The extent of drug use among Egyptian male university students, *Drug & Alcohol Dependence,* 28, 389 - 403.

- Soueif, M. I., Hannourah, M. A., Darweesh. Z. A., El - Sayed, A. N., Yunis, F. A., Taha, H. S. (1987) The use of psychoactive substances

by female Egyptian university students, compared with their male colleagues on selected itms, *Drug &Alcohol Dependence*,. 19, 233 - 247.

- Soueif, M. I., Yunis, F. A., Youssuf, G. S. Moneim, H. A., Taha, H. S. Sree,. O. A., & Badr, K. (1988) The use of psychoactive substances among Egyptian males working in the manufacturing industries, *Doug & Alcohol Dependence,* 21, 217 - 219.

- WHO techn. Rep. Ser. No. 526, Geneva: 1973.

- «تعاطى الحشيش» التقرير الأول، استمارة الاستبار، القاهرة: منشورات المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، ١٩٦٠.

- «تعاطى الحشيش» التقرير الثانى: نتائج المسح الاستطلاعى فى مدينة القاهرة منشورات المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، ١٩٦٤.

- سويف (مصطفى) (١٩٩٢) تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين الطلاب: دراسات ميدانية فى الواقع المصرى، المجلد الرابع تعاطى المخدرات الطبيعية، القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

الفصل الرابع

إسهامات العلوم الاجتماعية
فى بحوث تعاطى المسكرات والمخدرات(*)

مقدمة:

يعرف إنجلش وأنجلش (English & English 1958) العلوم الاجتماعية بأنها «العلوم التى تعنى بالنظر فى موضوع الإنسان من حيث كونه يعيش فى علاقة مع غيره من الناس فى بيئة اجتماعية، ونخص بالذكر الأنثروبولوجيا الاجتماعية، وعلم الاجتماع، وعلم النفس الاجتماعى». وفى الفصل الراهن سوف نلتزم بالإطار العام لهذا التحديد. ولكن سوف نتجه، من حين لآخر، إلى توسيع مجال الدراسات السيكولوجية ليشمل البحوث التى تقع على الحدود بين علم النفس الاجتماعى وأخرى للعلوم السلوكية.

على أننا لا نهدف فى هذا المقام إلى تقديم عرض مفصل وشامل لبحوث العلوم الاجتماعية فى تعاطى المسكرات والمخدرات وما إليها. ذلك أن حجم المادة المنشورة فى هذا الصدد من الضخامة بحيث لا يمكن أن يسمح المقام بعرضها بكاملها مهما تحرينا الاختصار فى صياغاتنا، هذا إذا حرصنا على أن يظل للكلام معنى. وكذلك لا نستطيع أن نهدف إلى عرض تقويم منظم لطرق التناول المتعددة وما أسفرت عنه من نتائج متباينة. والواقع أن أى محاولة من هذا القبيل أصبحت تتعدى حدود طاقة الباحث الفرد، ولابد لإنجازها من جهد جماعى.

لذلك نبادر فنقرر بأن هذا الفصل يتصدى للنقاط المحدودة الآتية:

١ ـ تقديم نظرة إجمالية تشمل عددا من التيارات الهامة فى مجال بحوث العلوم

(*) مجلة علم النفس، ١٩٩٧.

الاجتماعية حول تعاطى المسكرات والمخدرات. وسوف يكون للحداثة وزنها فيما نختاره، فكلما كان التيار حديثا تعاظم الاحتمال بأن ينال مزيدا من اهتمامنا.

٢ ـ العناية بإبراز نقاط الاتفاق بين نتائج الباحثين المختلفين.

٣ ـ إلقاء الضوء على المجالات التى تقتضى تغيير توجهات البحث فى المستقبل.

المناهج الأساسية ونماذج التفسير:

نماذج التفسير:

عَبّر عدد كبير من الباحثين، بأساليب مختلفة، عن الحاجة إلى ابتكار منحى نظرى مناسب لتفسير عملية التعاطى غير الطبى للمواد المؤثرة فى الحالة النفسية. (وسنسميها فى هذا المقال بالمواد النفسية) من حيث إنها عملية متعددة الجوانب. وفى هذا الصدد تقول فازى C. Fazy ما يأتى: «فمن ناحية هناك وفرة فى نتائج البحوث، ولكن من ناحية أخرى هناك قليل من التقدم أمكن إحرازه. التقدم نحو فهم الظاهرة». ثم إنها تستطرد لتقول: «فليست الحاجة ماسة إلى تحقيق التكامل رأسيا داخل المجال البحثى الواحد، أى التمكن أو التمكين من النظر إلى مستويات متعددة من التفسير، ولكن هناك حاجة كذلك إلى النظر عبر حدود المجالات البحثية المتعددة، أعنى أفقيا، أى الحاجة إلى النظر فى المستوى الواحد من التفسير عبر الأشكال المختلفة للتعاطى (Fazy 1977).

ويتشكك الآن عدد من الباحثين فى مدى صدق «النموذج الطبى» كإطار لتفسير الاعتماد على المسكرات والمخدرات (Robinson 1977) وعلى هذا النحو يقرر باتيسون E.M. Pattison ما يأتى: «فالميزة الكبرى للقول بأن إدمان المسكرات مرض ميزة اجتماعية. ذلك أن هذا القول يضفى المشروعية على سياسات التأهيل الاجتماعى للمدمنين، بدلا من سياسات العقاب. ومن ثم فالقول بأن الإدمان مرض يجب ألا يؤخذ على أنه ينطوى على أمر يتعلق بمنشأ الإدمان أو علاجه». (Pattison 1969) ويقول لوى أن نظرية المرض، التى تقرر بأن الإدمان نوع من

اختلال الاتزان الكيميائى، لم تجد من يثبت صحتها، «وتشير البيانات المتوفرة إلى أن الادمان محصلة مركبة لعوامل قد يكون بعضها فيزيولوجيا، ولكن من المؤكد أن بعضها الآخر سيكولوجى واجتماعى. (ومن ثم) فربما كان من الأجدى علينا أن نتصور الإدمان على أنه اضطراب سلوكى» (Lowe, 1977) . كذلك يشير أوبنهايم A.N. Oppenheim إلى انحياز نموذج التفسير الطبى. و يفضل أن يسميه بالنموذج الفارماكولوجى، ويقول. . «إننا نحتاج إلى مزيج من النماذج المستمدة من أطر علمية متعددة»، لكى نفسر الإدمان. ويقترح أوبنهايم استخدام نموذج نفسى اجتماعى ذى أبعاد ثلاثة لتفسير البدايات الأولى للإدمان. وهذه الأبعاد هى: المعايير الاجتماعية، والذات والصراع، وتقوم الصيغة الأساسية على النحو الآتى: التعاطى أسلوب لتخفيف الصراع (Oppenheim 1972). وتنتقد روم Room النموذج الطبى لأنه يصور الإدمان كما لو كان قائما داخل الفرد. وفى مقابل ذلك تقدم روم إطارا تفاعليا. وعلى حسب هذا الإطار يكون تصور الإدمان على أنه بأى واحد من (وبجميع) المستويات الخمسة الآتية:

١ ـ الفيزيولوجى.

٢ ـ السيكولوجى.

٣ ـ والتفاعل داخل جماعات المواجهة.

٤ ـ والثقافى الفرعى.

٥ ـ والثقافى العام.

وهنا يجدر بنا أن نتنبه إلى أن عددا كبيرا من الباحثين ينتقدون النموذج الطبى من نواحٍ متعددة، إلا أنهم لا يواصلون السير إلى منتهاه، بعبارة أخرى لا يقدمون نظرية نفسية اجتماعية. وما فعله أوبنهايم، وروم، ولوى، ومن سار سيرتهم، أنهم لم يزيدون على أن حاولوا إحلال نموذج سلوكى بدلا من النموذج الطبى. هذا وصف تقريرى لا نقصد به الإقلال من قيمة الجهود التى بذلها مجموعة من العلماء فى سبيل إضفاء النظام على البحث العلمى. ويمكن النظر إلى هذه الحقيقة، أى كون هؤلاء العلماء قدموا فى هذا الصدد نماذج فى حين أن

النماذج ما هى إلا خطوة نحو صياغة النظريات الملائمة، نقول يمكن النظر إلى هذه الحقيقة على أنها مجرد علامة على بلوغ بحوث التعاطى والإدمان مرحلة معينة فى نموها المتواصل. وبالتالى يجب تقويم هذه الحقيقة من زاوية تأثيرها على مستقبل البحث فى هذا الميدان.

هنا يجدر بنا أن نذكر التوصية الآتية، وقد وضعها مجموعة من الخبراء دعيت إلى الاجتماع فى رحاب اليونسكو فى صيف سنة ١٩٧٦:

«ثمة حاجة ملحة إلى أن يبتكر العلماء الاجتماعيون نماذجهم الخاصة بهم، التى تصلح لدراسة الواقع الاجتماعى. وفى هذا الصدد ينبغى المزج بين السؤالين التقليديين «لماذا» و«كيف»، بحيث يمكن النظر إلى السلوك عند نقطة زمنية معينة على أنه ناتج عن سلوك سابق، وفى الوقت نفسه ميسّر لظهور سلوك لاحق. ومن ثم يبدو السلوك كجزء من نظام دينامى دائم التغير، وهو أمر أقرب إلى حقيقة الواقع. مثال ذلك، أن النموذج الوبائى لا يمكن تطبيقه آليا فى ميدان الدراسات السلوكية والاجتماعية لانتشار تعاطى المواد النفسية، حيث المكونات الرئيسية الثلاثة: وهى المخدر، والشخص، والبيئة، لاتجد ما يناظرها مباشرة فى الدراسات الوبائية الكلاسيكية للأمراض المعدية» (Fazy 1977, p. 3) وربما كان من المفيد للباحثين الاجتماعيين فى الوقت الحاضر (إذا ما اشتغلوا بالبحوث الوبائية فى شكلها الحديث) أن يحاولوا تكوين نموذج يعتمد على الدراسات السوسيومترية لانتشار الشائعات . فالراجح أن قدرا كبيرا من الشبه يمكن إبرازه بين الطرق التى تنتشر بها الشائعات والطرق التى ينتشر بها تعاطى المواد النفسية. وغالبا ما يفيدهم أيضا ما تنطوى عليه «نظرية تبادل المنفعة» (من بين نظريات علم النفس الاجتماعى) من زاوية ارتباطها بالاختيار السوسيومترى. Secord & Backman 1974,p 237) فنظرية التبادل توضح الدور الإيجابى الذى يقوم به الطرف المستقبل للإغراء أو الضغط، وهو الطرف الضحية. وربما أمكن ربط هذه الحقائق بالدراسات السيكولوجية والقانونية التى تدور حول موضوع مسئولية الضحية.

المنهج:

كانت ولازالت مشكلات المنهج موضع اهتمام الباحثين والمجتمع العريض على حد سواء. فالحاجة إلى إيجاد مقامات مشتركة بين الدراسات المختلفة تسمح بالمقارنة بين نتائجها فى المستقبل، هذه الحاجة عبر عنها مرارا وتكرارا الكثيرون من الباحثين الأفراد والمجموعات أو الهيئات العلمية المختلفة. ففى سنة ١٩٧٠ اجتمعت مجموعة من العلماء بدعوة من هيئة الصحة العالمية، وكان من بين ما أوصت به، «أن تتوفر الوسائل التى تسمح بقيام برامج بحثيه بينها قدر معقول من التشابه فى المنحى والمنهج بحيث يمكننا أن نأمل فى مزيد من المقارنات المفيدة وخاصة المقارنات عبر الأطر الحضارية المتباينة». (WHO Techn. Rep. Ser., 1971, No. 478) وفى سنة ١٩٧٦ دعت هيئة الصحة العالمية مجموعة أخرى من العلماء كانت مهمتها الرئيسية التخطيط لتشجيع جعل المقارنات ممكنة بين البحوث المسحية التى تتناول الشباب والمخدرات. وكان من رأى هذه الجماعة العلمية أن إمكانية المقارنة فى ميدان المعلومات الوبائية يمكن أن نعطيها دفعة قوية عن طريق إجراءين: هما (أ) تكوين أداة أو مجموعة من أدوات البحث المسحى تصلح نموذجا يستخدمه الباحثون فى مواقع مختلفة، و(ب) تجميع الباحثين وخبراء البحوث المسحية من حين لآخر لرصد وتقويم ما تم إحرازه من تقدم فى مرحلة أو فى مراحل بعينها. (WHO Working Group 1976)

وفى هذا الإطار الفكرى نفسه نشر المعهد القومى لبحوث تعاطى المخدرات فى واشنطن كتابه المسمى *"The Drug abuse instrument handbook"* سنة ١٩٧٧، وهو الكتاب الذى يقتصر الأمر فيه على نشر عدد كبير من أدوات البحث المسحى التى استخدمت فى ميدان تعاطى المواد النفسية. والمتوقع من هذا المجلد أن يجعل العلماء المعنيين يقتربون خطوة نحو استخدام الأدوات نفسها، وهو شرط ضرورى، وإن لم يكن كافيا، لضمان المقارنة السليمة بين نتائج الدراسات المختلفة.

وقد حاولنا منذ أكثر من خمس عشرة سنة أن نؤكد دور «إمكانية المقارنة بين نتائج البحوث» فى تحقيق تقدم جوهرى فى بحوث تعاطى المخدرات. وكانت الصورة التى سقنا بها حجتنا على النحو الآتى: «أن التخطيط السليم لتحقيق تقدم فى معرفتنا الموضوعية بتأثير القنب (أو أية مادة نفسية أخرى) على الإنسان، يقتضى بالضرورة قيام الدراسات المقارنة (عبر المجتمعات المختلفة)، ذلك أن هذه الدراسات هى الأساس الأوحد للتعميم السليم» (Soueif, 1971) وإكمالا لهذه الوظيفة الأكاديمية الخالصة «لإمكانية المقارنة» يجب تذكرة العلماء دائما بدورها الاجتماعى الهام. فإمكانية المقارنة بين طرق التناول المتعددة للموضوع، أى موضوع يتيح الفرصة للجمع بين النتائج، مما يسمح فى نهاية المطاف، للمجتمع العريض، بما فى ذلك هيئات التشريع والتربية ويسمح للمواطنين العاديين أن يستخلصوا لأنفسهم المنظور المناسب لهم عن الرسالة الكبرى للبحث العلمى. وأمامنا الآن مثال للكيفية التى يصبح بها تعذر المقارنة بين البحوث مصدرا لكثير من الخلط والتشويش فى الحياة الاجتماعية، هذا المثال قائم فى بحوث تأثير تعاطى الحشيش فى الإنسان على المدى الطويل (Soueif, 1977) .

وقد أثيرت مشكلات منهجية أكثر تفصيلا وذلك على سبيل النقد لعدد كبير من البحوث (مثال ذلك، مشكلة العينات، ومشكلة الجماعات الضابطة)، (أنظر (Fazy 1977) . ومن أهم هذه المشكلات، مسألة ثبات الأداة. فقد نشر عدد كبير من الدراسات التى تقوم على تطبيق استخبارات دون أية إشارة لما إذا كان الباحث قد تحقق من ثبات الأداة. ولما كانت كل أداة تنطوى على قدر معين من الخطأ، ولما كان تقدير الثبات هو الطريق الأوحد لحساب كمية الخطأ التى يمكن أن تكون قد تسربت إلى نتائج البحث، فالنتيجة الطبيعية هى أن يترك القارىء عاجزا فى مواجهة النتائج المتضاربة التى ينشرها الباحثون المختلفون.

ومن الأمور المنهجية الهامة ما أكده كثير من الباحثين من ضرورة تدعيم النظرة المتعددة الزوايا، أو النظرة التى تقوم على التفاعل بين النظم العلمية المختلفة وهى ما اصطلح على تسميتها بالإنجليزية interdisciplinary approach

Hindmarch 1977, WHO techn. Rep. Ser. 1967, No. 363; WHO techn. . Rep. Ser. 1971, No. 478, Robinson 1977)

وتلك حاجة لا يقتضيها فقط السعى الصائب إلى شمولية الفهم والتفسير لظاهرة تعاطى المواد النفسية، ولكن يقتضيها كذلك الطلب الاجتماعى المتواصل لصنع سياسة ناجحة للعلاج والتأهيل والوقاية (Hindmarch 1977) ومع ذلك فهذه مشكلة لا تنتمى إلى مجال الاعتبارات المنهجية بالمعنى التقليدى إنما الواجب يقضى بأن توضع على الحدود بين مسائل المنهج وما يسمى أحيانا باستراتيجية إجراء البحوث. وبهذه المناسبة توجد ثروة كبيرة من الاقتراحات الاستراتيجية المماثلة يجدها القارىء المهتم، فى التقارير الفنية العديدة التى نشرتها هيئة الصحة العالمية وهيئة اليونسكو (Fazy 1977 a, P. 4) .

البحث فى المقدمات الحضارية، والاجتماعية، والسيكولوجية.

حاول العلماء الاجتماعيون أن يلقوا الضوء على الأسباب التى تجعل بعض الناس يتعاطون المواد النفسية، والكيفية التى يتحول بها بعض هؤلاء المتعاطين إلى مدمنين. وفى محاولتهم هذه تقدموا لدراسة الموضوع بدأ من نقاط مختلفة تقع كلها على تدريج متصل يمتد من التنميط الحضارى على أحد قطبى هذا التدريج إلى الدوافع وبنية الشخصية على القطب الآخر. وجدير بالذكر أن البحوث المنشورة فى هذا الصدد تتناول الكحوليات والقنب أكثر بكثير مما تتناول المواد النفسية الأخرى (كالأفيون ومشتقاته والأدوية النفسية)، وجدير بالذكر أيضا أن معظم ما هو منشور يستند إلى فحوص أجريت على أفراد من الشباب الذكور من أبناء الطبقة المتوسطة، ومعظمهم تلاميذ، وهو أمر يوجب التنبه إلى أن نتائج هذه البحوث يجب أن تظل محدودة بحدود هذه النوعية من العينات. وبالإضافة إلى ذلك، فإن الظاهرة التى اجتذبت قدرا كبيرا من جهود الباحثين هى ظاهرة التعاطى الترويحى[1]، بمعنى التعاطى للراحة والترويح عن النفس (Mcglothlin, 1975) هذه الأمور الثلاثة يجب الاحتفاظ بها نصب أعيننا ووعينا معظم الوقت. وأهمية

(1) recreational

ذلك أنها تعين الحدود التى إذا أردنا أن نتجاوزها فى تعميمنا للنتائج وجب الحذر الشديد، سواء أكان التعميم إلى مواد نفسية مختلفة، أو قطاعات اجتماعية غير صغار الشباب، أو كان التعميم إلى أنماط من التعاطى مغايرة للأشكال الترفيهية.

التنميط الحضارى

تختلف خبرة الإنسان إزاء المادة النفسية الواحدة من حضارة إلى حضارة، تلك حقيقة توضح بما لا يدع مجالا للشك أهمية التشريط الحضارى فى هذا المجال وقد أثبتت مارلين دى ريوس M. D. de Rios كيف أن شكل ومضمون خبرة الإنسان بالنباتات المثيرة للهلاوس خبرة منمطة حضاريا. كذلك تقرر هذه الباحثة أن المجتمعات التى اهتمت بتناول المواد المثيرة للهلاوس عنيت عناية واضحة بتحديد الأطعمة التى يتناولها الشخص قبل التعاطى. ثم إنها تصف إسهام الباحث الأنثروبولوجى في هذا الميدان على النحو الآتى: «.. ويستطيع الأنثروبولوچى أن يركز اهتمامه فى مجموعة المعتقدات التى تكتنف تعاطى المواد المثيرة للهلاوس، كما يهتم بالنظام المعرفى الذى يتناول كفاءة المادة النفسية والشكل الذى تستخدم به الرؤية (أى الهلوسة البصرية) الحاصلة.. ويهتم كذلك بالتوقعات الشائعة بين أفراد المجتمع الذين يتوقعون «رؤى» معينة ويحكون عنها بكثرة» (de Rios, 1973) ، بعبارة أخرى فإن الأنثروبولوجى ينتظر منه أن يدرس الممارسات والأيديولوچيات المتعلقة بمختلف المواد النفسية فى مختلف الحضارات. ويأمل العلماء أن يجيبوا فى المستقبل عن عدد من الأسئلة الهامة وذلك عن طريق المنهج الاستقرائى، حيث يستقرئون ما تجمع لديهم من معلومات محددة عن عدد كبير من المجتمعات والحضارات.

ومن الأمور الممتعة والمثيرة للتأمل أن نستعرض كنوز المعرفة التى كشفت عنها البحوث الأنثروبولوچية فيما يتعلق بتعاطى القنب فى عدد كبير من البلدان الأفريقية والأسيوية. ففى رواندة يتكامل تعاطى القنب مع النسيج الحضارى بشكل يتيح له أن يسهم بنصيب واضح فى كل ما يحدد خصائص الإطار، سواء

من حيث وظائف هذا الإطار ومن حيث استمراره. أما كيف يكون ذلك فإلى القارىء صورة مركزة لما يحدث فعلا:

يكاد يقتصر تعاطى الحشيش على الرجال من أبناء مجموعة عرقية صغيرة وذات مكانة اجتماعية منخفضة جدا، ويطلق على هذه المجموعة اسم «توا» TWA ومن ثم فقد تعاونت مجموعة من «التوقعات حول آثار قوية للحشيش تسبب الاندفاع فى أشكال مختلفة من العنف وطُرق بعينها لتدخينه من شأنها أن تسبب هذه الآثار. وهذا الربط بين تعاطى الـ «توا» لهذا العقار ومكانتهم الاجتماعية المتدنية، والطابع المحدد حضاريا لأبناء الـ «توا»، كل هذه العناصر تعاونت على حصر تعاطى القنب فى أبناء الـ «توا» والحيلولة دون انتشاره إلى الأغلبية التى ليست من الـ «توا» (Codere, 1973). وفى قبائل التونجا الذين يقيمون على هضبة مرتفعة يتكامل تعاطى القنب مع النسيج الاجتماعى ولكن نمط التكامل يختلف عن النمط السابق. فقد أوضح جونز D. Jones فيما جمعه من مشاهدات أن تدخين هذا العقار منتشر بين الراشدين بصورة تتيح للأطفال أن يشاهدوا ويعتادوا ظهور آثاره فى حياتهم اليومية. وبالتالى فعندما يأن الأوان لكى يسمح لهم بالتدخين، إذا هم يعرفون مسبقا ماذا يتوقعون من آثار. وتقضى العادات الاجتماعية السائدة فى ذلك المجتمع بأن تدخين القنب أمر مقبول اجتماعيا لاسيما إذا حدث هذا التدخين فى ختام يوم عمل شاق، وبشرط ألا يجرى التدخين بصورة متصلة ولفترات طويلة. والتوجه الذهنى الذى يحمله الناس هناك نحو العقار يدفعهم إلى توقعات بعينها إذا تعاطوه بهذه الصورة المقننة اجتماعيا فهم يتوقعون أن يجعلهم أكثر ثقة بأنفسهم وأقرب إلى الزهو وكثرة الكلام، ومواصلة الجدل. أما إذا أسرفوا فى التدخين فهم يتوقعون أن يغرقوا فى النوم (Jones, 1975) وتقدم لنا الهند نمطا ثالثا لتعاطى القنب، يظهر فيه عنصر دينى، وفى هذا الصدد يوضح الدكتور زكى حسن أن تعاطى تركيبات القنب تكتسب نوعا من الإقرار الاجتماعى بين طائفة الهندوس (Hassan, 1973). أما فى نيجيريا فللقنب قصة أخرى. ففى رأى لامبو T.A. Lambo وآسونى T. Asuni (وكلاهما أستاذان فى الطب النفسى من نيجيريا) أن القنب لم يكن معروفا

أصلا فى نيجيريا، وأن الدلائل كلها تشير إلى أنه جلب إلى هناك أثناء الحرب العالمية الثانية وما بعدها، وتم ذلك بوساطة الجنود العائدين من الشرق الأوسط، والأقصى ومن شمال أفريقيا. وحتى الستينيات المبكرة كان تعاطى هذا العقار محصورا فى الشرائح الاجتماعية الدنيا، وخاصة فى المدن (Asuni, 1964) ثم ننتقل إلى شرق آسيا، حيث نجد مزيدا من التنوع فى قصة تعاطى الحشيش. فالكاتب هوى لين لى Hui - Lin Li يقرر أن «الفلسفة الصينية التقليدية، ونعنى فلسفة الحياة، تدور حول النزعة الإنسانية، وبالتالى فهى تؤكد أهمية العلاقات بين الأشخاص. فإذا أضفنا إلى ذلك مذهبها فى قيمة الوسط (أو الاعتدال)، وهو مذهب يتخلل كل ثناياها ونظرتها الاجتماعية التى تقوم على مفهوم الأسرة، فتلك جميعا عناصر حضارية تتكاتف فى سبيل الإفشال العام لأية محاولة من شأنها احتضان عقار يثير الهلاوس والتهاويم» (Li, 1974) .

ويروى دى تويت Du Toit ومكجلوثلين W.Mcglothlin قصتين مختلفتين لكل منهما مغزى قائم بذاته يتعلق بالكيفية التى تلقى بها مجتمعان مختلفان، فى مرحلتين تاريخيتين متباينتين، تجربة تعاطى الحشيش. يحكى تويت الكيفية التى جلب بها القنب إلى شرق وجنوب أفريقيا، وقد تم جلبه من الهند عبر شبه الجزيرة العربية فى غضون القرن الثانى عشر الميلادى. ويصف كذلك الطريق الذى يرجح أن يكون العقار قد سلكه فى أول انتشاره فى أفريقيا متسربا إلى الجنوب على طول الساحل الشرقى للقارة (Du Toit, 1973) وتعتبر دراسة تويت فى هذا الصدد نموذجا للتحليل التاريخى الأنثروبولوجى الذى يحتاج إليه العلماء الاجتماعيون، من أجل الفهم والتفسير لمنشأ عدد من المعتقدات والممارسات الذى ذاع أمرها فى أحد المجتمعات، أو فى بعضها.

أما مكجلوثلين فقد وصف العمليات والعوامل التى أحاطت بذيوع تعاطى القنب حديثا فى المجتمع الأمريكى. ويمكن وصف التحليل الذى يقدمه هذا الباحث بأنه تحليل ميكروكوزمى لحدث اجتماعى وهو بذلك أقرب ما يكون إلى التصور الذى يحتاجه علماء النفس الاجتماعيون لإلقاء الضوء على الكيفية التى

تتسرب بها الظواهر الماكروكوزمية (الاجتماعية، والسياسية، والتاريخية) لتصل إلى مستوى التأثير فى الفرد. ومن ثم فقد اعتمد الباحث على تحليل عدد من الأحداث التاريخية ونتائج المسوح الاجتماعية. والنقاط الآتية تسترعى الانتباه فى هذا التحليل:

١ ـ كلام كثير حول عقار الـ L.S.D (المعروف فى مصر باسم عقار الهلوسة) حوالى منتصف الخمسينيات.

٢ ـ وفى أوائل الستينيات تتجه أدوات الإعلام إلى الترويج لأراء ليرى Leary (أحد أعضاء هيئة التدريس فى جامعة هارفارد)، وفى هذه الآراء يمزج ليرى بين تحبيذ تعاطى المواد المثيرة للهلوسة، وبين تقديم فلسفة اجتماعية جوهرها الدفاع عن العدل الاجتماعى.

٣ ـ وفى هذه الفترة نفسها تتوالى على المجتمع الأمريكى أحداث جسام تؤدى فى مجموعها إلى تزايد مشاعر الاغتراب بين الشباب، وإلى سقوط القناع عن الكثير من أوجه القبح فى المجتمع الأمريكى، من هذا القبيل مقتل الرئيس الأمريكى جون كنيدى والغموض الشديد الذى يحيط بهذا الحادث. وبدء التصعيد الخطير لحرب فيتنام.

٤ ـ وفى أواخر الستينيات تتبلور حركة شباب «الهيبى»، وتتخذ من الحشيش عقارا مختارا لها تحيطه بهالة من الأوصاف المثالية.

٥ ـ وفى الوقت نفسه كانت هذه الفترة تتميز بمستوى عال من الرخاء الاقتصادى فى المجتمع الأمريكى (Mcglothlin, 1973).

هذه العناصر تكون فى مجموعها مكونات المناخ «الاجتماعى التاريخى» الذى ساد المجتمع الأمريكى فى تلك الفترة (أوائل الخمسينيات إلى آخر الستينيات). وبالنظر فى الأدوار التى لعبتها هذه العناصر يتضح للقارىء إلى أى مدى تكون النظرة مبتسرة تلك التى تحاول فهم انتشار التعاطى دون فهم الأوضاع الاجتماعية التاريخية التى تحيط بالمتعاطى وعقاره المختار. ويتضح للقارىء أيضا إلى أى مدى

يمكن أن تكون المقارنات (عبر الحضارات أو عبر المجتمعات) ضحلة، إذا لم يدخل الباحث فى حسابه نوعا من معادلة التصحيح لتعويض الأثر الناجم عن الفروق بين الظروف الاجتماعية التاريخية التى تكتنف كلا من طرفى المقارنة. وربما كان درسا نتعلم منه الكثير لو أن بعض الباحثين قاموا بتحليل مفصل للمناخ الاجتماعى التاريخى الذى كان سائدا فى فرنسا حوالى سنة ١٨٤٠ حين أثار الحشيش موجة من الحماس الشديد بين عدد من المثقفين من قامة بودلير C. Baudelaire وجويتيه T. Gauthier ، ودى لاكروا E. Delacroix ، ومع ذلك لم ينتشر تعاطى العقار هذا الانتشار الوبائى الذى شهدناه فى الغرب فى أواخر ستينيات هذا القرن. (Soueif, 1972). فإذا تعددت الدراسات من هذا القبيل، أصبح موقفنا مهيئا لعقد مقارنات لها قيمة ولها معنى، تمكننا فى نهاية الأمر من الإجابة عن السؤال الهام التالى: ماهى العوامل الاجتماعية التاريخية الحاسمة التى تيسر ازدهار ثقافة محورها التعاطى.

هنا نختتم هذا العرض الموجز لدراسات التنميط الحضارى. وهى جميعا دراسات ماكروكوزمية، أى أنها تتناول ظاهرة التعاطى فى أبعادها الاجتماعية والحضارية الكبرى. وجدير بالملاحظة أن معظمها أجرى فى مجتمعات نامية. والشىء الذى يلفت النظر أن الدراسات الميكروكوزمية الجادة لظاهرة التعاطى (أى التى تتناول الظاهرة فى أبعادها الفردية) فى هذه المجتمعات النامية لاتزال محدودة جدا، كما وكيفا، وهو أمر يعنى أن الميدان لايزال يحتاج إلى جهود العديد من الباحثين.

الآليات الاجتماعية:

أجرى علماء النفس وعلماء الاجتماع عددا من الدراسات، معظمها على أفراد من أوروبا وأمريكا الشمالية، هدفها تحديد الأدوار التى تقوم بها الآليات الاجتماعية والعمليات النفسية الاجتماعية فى تحديد سلوك الفرد وتشكيل خبرته وهو يقدم على تعاطى المواد النفسية. وقد أتجه البعض فى هذا المجال إلى تحليل نشاط أدوات الإعلام، لكن جهودا أكثر من ذلك اتجهت إلى تشريح أدوار الآباء والأقران وما عسى أن يكون لها من نصيب فى التعاطى.

(أ) أدوات الإعلام

كان تحليل المادة الإعلامية أحد اهتمامات هيئة اليونسكو، فقد تبنت الهيئة مشروعا لدراسة الأسلوب الذى توصف به المخدرات فى صحافة الشباب، سواء الصحافة الرسمية (أو العلنية)، والصحافة التى تطبع وتتناول بطريقة غير مشروعة. وأسفر هذا المشروع فى نهاية الأمر عن دراسة نشرت سنة ١٩٧٦، وقد شملت السنوات من ١٩٧٣ إلى ١٩٧٥، وركزت اهتمامها فيما نشر فى خمس دول صناعية كبرى، هى: الولايات المتحدة، وبريطانيا، وفرنسا، وألمانيا الاتحادية، وإيطاليا. وفى إطار هذه الدراسة نظر الباحثون فى عديد من المقالات التى تناولت المخدرات فى عدد كبير من الصحف، وانتهوا إلى استخلاص حقيقة هامة مؤداها أنه كان ثمة حوار متواصل على مر عدة سنوات بين صحافة الشباب الرسمية والصحافة غير المشروعة. ومع ذلك فقد تبين أن الصحافة الرسمية أو المشروعة لم يتسع أفقها لتناول كثير من جوانب موضوع المخدرات. وبالتالى فقد صرفها ضيق الأفق هذا من أن تقدم للشباب بديلا حقيقيا أو صوتا آخر فعلا يكون له وزنه فى مواجهة ما تورده الصحافة غير المشروعة (Grainu et al. 1976) وقد جاء تقرير هذه الدراسة غنيا بالأفكار والملاحظات التى من شأنها أن تعين القارىء على فهم الاتجاهات والمعتقدات البالغة التداخل والتركيب والتى سادت بين قطاعات عريضة من المتعاطين فى الغرب. ولكن رغم ثراء التقرير يؤخذ عليه أنه يعتمد أساسا على التحليل الكيفى للمادة الإعلامية. وربما أمكن لدراسات أقل طموحا، تعتمد على التحليل الكمى للمضمون أن تصل إلى نتائج أقل مدعاة للجدل.

وقد قدمت ديان فيجير D. Fejer وزملاؤها نوعا آخر من تحليل المادة الإعلامية. فقد اهتم هؤلاء الباحثون بالاجابة على سؤال إلى أى مدى يعتمد التلاميذ على أدوات الإعلام فى مقابل اعتمادهم على أصدقائهم وعلى خبراتهم الشخصية؟ وذلك فيما يتعلق بمعلوماتهم عن المواد النفسية، وأى مصدر من هذه المصادر الثلاثة يكون له الغلبة فى التأثير فى اتجاهاتهم النفسية نحو هذه المواد؟.

ومن النتائج الهامة التى توصل إليها الباحثون فى هذا الصدد أن تأثير المصدر يتوقف إلى حد كبير على مدى ما لدى التلميذ من نزوع إلى التعاطى. فالتلاميذ الذين لا يتعاطون المخدرات يعتمدون على أدوات الإعلام. أما الذين يتعاطون فيعتمدون على خبراتهم الشخصية وعلى أصدقائهم. ولاجدال فى أن هذه النتيجة وفى سلسلة من البحوث الميدانية أجريناها على عينات كبيرة من تلاميذ المدارس الثانوية، والمدارس الفنية المتوسطة، وطلاب الجامعات، فى مصر، تبيّن لنا أن وسائل الإعلام (الراديو والتليفزيون والصحف)، تأتى فى مرتبة بعد مرتبة الأصدقاء مباشرة كمصدر يستمد منه الشباب معلوماتهم عن المخدرات بجميع أنواعها. وفى الوقت نفسه تبين لنا وجود ارتباط إيجابى قوى بين درجة تعرض الشباب لهذه المعلومات واحتمالات تعاطيهم هذه المخدرات (سويف وآخرون ١٩٨٦). ولا جدال فى أن هذه النتائج أيضا لها أهميتها التى لا يمكن تجاهلها بالنسبة لواضعى البرامج الوقائية.

(ب) الآباء والأقران:

عنى الباحثون بالنظر فى عدد من أبعاد العلاقة بين الأبناء والوالدين لإلقاء الضوء على ما قد يكون لها من صلة بظاهرة التعاطى. ومن بين هذه الأبعاد درجة التسامح التى يبديها الوالدان (كما يدركها الأبناء). ومن النتائج التى أمكن الوصول إليها فى هذا الصدد ما يأتى (وكانت البحوث تنصب على تعاطى الحشيش):

١ ـ حيث العلاقة متسيبة يكثر إقبال الأبناء على تعاطى الحشيش. والطريف أن هذه العلاقة وجدها باحثون فى الخارج ووجدناها نحن أيضا فيما يتصل بهذا العقار (Soueif, 1975).

٢ ـ فإذا كانت العلاقة من جانب الآباء تسلطية، كان إقبال الأبناء على التعاطى متوسطا.

٣ ـ أما إذا كانت علاقة ديمقراطية (يسودها التوجيه من ناحية مع الحب والتفاهم

من ناحية أخرى)، كان إقبال الأبناء على التعاطى ضئيلا (Hunt, 1975).

وفى دراسة أخرى حيث كان التركيز على نوع الاتجاه النفسى للآباء نحو الأبناء فيما يتعلق بشرب الكحوليات ظهرت نتائج أخرى. فقد تبين أنه حيث يقل تحبيذ الآباء لكون الأبناء يشربون فإن ظاهرة شرب الكحوليات بين الأبناء تقل داخل البيوت أى تحت سمع الأسرة وبصرها. ولكن يبقى ما هو خارج البيت، والذى يحدث خارج البيت هو العكس، فالأبناء ذوو الآباء غير المحبذين للشرب، يقبلون على الشراب أكثر مما يقبل الأبناء ذوو الآباء المتسامحين (Mckechnie, 1977).

وفى دراسة ثالثة عنى كاندل D.Kandel بالمقارنة بين دور الآباء ودور الأقران فيما يتعلق بإقبال الشباب المراهقين على تعاطى الحشيش. وقد تبين لهذا الباحث أن التأثير الناجم عن كون الأقران يتعاطون أقوى من التأثير الناجم عن كون الآباء يتعاطون. وفى الوقت نفسه تبين أن التأثيرين معا متضايفان، فقد ظهر أن أعلى نسب التعاطى موجودة فى المراهقين الذين يقبل آباؤهم وأقرانهم على التعاطى (Kandel, 1973, 1974).

كذلك سعت بعض البحوث إلى التركيز على حقيقة الخبرات المبكرة، أو الخبرات الأولى، بتعاطى الحشيش، للكشف عما إذا كانت هناك فروق بين الجنسين فيما يتعلق بهذه الخبرات. وقد انتهى فريلاند وكامبل J.B.Freeland & R.C.Campbell إلى نتائج شيقة فى هذا الصدد. منها **أولا** أن تعاطى القنب يميل إلى أن يتم فى جلسات جماعية، سواء أكانت خبرة التعاطى هى الأولى من نوعها أو لم تكن. ويبدو لنا أن جماعية التعاطى فى حالة الحشيش ظاهرة عالمية (Soueif 1967). **ثانيا**، يتجه الذكور غالبا إلي خبرتهم الأولى لتعاطى الحشيش فى صحبة ذكور مثلهم، أما الإناث فيتقدمن إلى مثل هذه الخبرة الأولى فى صحبة مختلطة من الذكور والإناث. **ثالثا**، يغلب على الذكور أن يتجهوا إلى خبرتهم الأولى فى التعاطى مع ذكر واحد مثلهم، أما الإناث فيتجهون إليها فى جماعات أكبر قليلا (Freeland & Campbell, 1973)، وحاول أوركت J.Orcutt

أن يقوم بدراسة للموضوع أكثر عمقا وتركيبا من حيث تصميمها، واستخدم فى هذا السبيل استخباراً مقننا بهدف تكوين نظرية حول طبيعة الآثار الترويحية للقنب والكحوليات. وقد لجأ إلى أسلوب التحليل العاملى للاستجابات على هذا الاستخبار، وانتهى إلى عزل عاملين أمكنهما استيعاب الجزء الأكبر من التباين. أما العاملان فكانا: عامل الاتجاه إلى الأثر وعامل الاسترخاء. وتبين للباحث أن الاسترخاء كان عاملا مشتركا بين الكحوليات والقنب، وإن كان له فى حالة القنب وزن أكبر. كذلك تبين للباحث أن الكحوليات تميل بشاربها إلى التأثير فى الخارج، فى محيطه. أما القنب فيميل بمتعاطيه إلى التأثير فى بيئته الداخلية، أى فى مشاعره وفكره. وعلى ذلك تقوم النظرية التى يقترحها أوركت فى هذا المجال على أربع علاقات بين: السياق أو الموقف الذى يحيط بالتعاطى، واتجاه التأثير (إلى الخارج أم إلى الداخل) ثم ما يسميه الباحث بالمضمون المعيارى. (Orcutt & Biggs,1975 Orcutt, 1975) وربما أمكن أن نعطى نظرية أوركت حقها من التقويم فى ضوء بحوث مظفر شريف الكلاسيكية فى سيكولوجية المعايير (Sherif, 1936).

فى هذا الموضوع نرى أنه آن الأوان لتقديم تعقيب تقويمى فبوجه عام يمكن القول بأن النتائج التى سقناها، سواء فيما يتعلق بأدوار الآباء أو الأقران، وفيما يتعلق بالخبرات المبكرة فى التعاطى، أو ما يمكن تصوره على أنه تدشين للفرد فى عالم التعاطى، يمكن أن يقال أن هذه النتائج شيقة وهامة، لكنها فى الوقت نفسه لاتزال تحتاج إلى أن يعاد إجراؤها بمزيد من الحبكة المنهجية. فمثلا، بالنظر فى أعمال فريلاند وكامبل حول السياق الاجتماعى للخبرة الأولى فى تعاطى الحشيش لانجد أى ذكر لتحقق الدارسين من مدى ثبات الأداة التى استعملوها. أما عن التحليل العاملى الذى أجراه أوركت وبيجز فإنه يعانى من عدد من الثغرات، فى مقدمتها ضآلة عدد البنود التى جرى عليها التحليل (مثلا، بندان فقط كمؤشرين للاسترخاء)، والعدد الصغير للمتعاطين (ن = ٨٦). وجدير بالذكر أن هذين العيبين يقللان من فرص ثبات النتائج.

المقدمات السيكولوجية

(أ) الخبرة الماضية:

عنى عدد من الدارسين بالنظر فى المقدمات التى يغلب عليها الطبيعة السيكولوجية (أكثر من الطبيعة التفاعلية). من هؤلاء كارلين Carlin وزملاؤه الذين بحثوا فى الدور الذى تقوم به الخبرة السابقة فى تيسير التأثر التخديرى بالقنب (دون تقليل لقيمة التعلم الاجتماعى من خلال القدوة). وانتهى هؤلاء الباحثون إلى أن للخبرة الماضية وزنها فى تيسير الأثر التخديرى من خلال عملية تطبيعية يتم معها إضفاء معايير جديدة على آثار المخدر. وهم فى ذلك يقررون ما يأتى: «أن الأحكام بأنها أصبحت مخدرا يمكن أن تصدر نتيجة لتدخل عملية تأويلية، لا لمجرد وجود أعراض بعينها. وتستند هذه العملية التأويلية إلى خبرات تعلم وتعلم اجتماعى متكرر. ويبدو الأمر وكأن تعرف الشخص على كونه أصبح مخدرا هو نوع من تعلم التمييز (بين حالة التخدير وحالة اللاتخدير) تحتاج إلى أن يتعرض المرء لهذه الخبرة أكثر من مرة (Carlin et al. 1974). وأجرى آدامك وآخرون دراسة أخرى، استعانوا فيها بنوع معقد من تحليل التباين. وانتهوا منها إلى أن تواريخ التعاطى للأشخاص أى ماضيهم من الخبرات بتعاطى الحشيش وغيره من المواد النفسية، لها أثرها على ما يصدر عنهم. ومن النتائج الهامة لهذا العمل أنه يساعد على التوفيق بين بعض النتائج المتعارضة بين التجارب المعملية والدراسات (الطبيعية) الميدانية.

(ب) الدوافع:

كذلك درس العلماء موضوع الدوافع الشعورية (أو المشعور بها) لتعاطى المواد النفسية. والأمثلة على ذلك عديدة، ولكن القليل من بينها يقوم على أساس منهجى سليم. من هذا القليل دراسة قام بها ميكيلى K. Makella الذى طبق استخبارا يحتوى على ١٤ بندا، طبقه على عينة تتألف من ٤١١ شخصا فى هلسنكى وذلك للتحقق من الأسباب التى يقدمونها لشرب الكحوليات، واستخدم

أسلوب التحليل العاملي مع التدوير إلى محك الفاريماكس، فأمكنه استخلاص ثلاثة عوامل، أما **العامل الأول** فكان يقوم وراء الأسباب التي تتعلق بالآثار السيكولوجية والبدنية، مثال ذلك، الاسترخاء، واستطاعة النوم، ونسيان الهموم، ومطلب اعتدال المزاج. أما **العامل الثاني** فقد كان مرتبطا بموضوع «الشرب لأسباب اجتماعية»، وهي مجموعة من الأسباب تقوم وراء ممارسات الطبقة الوسطى الغربية لما يسمى بالشرب الاجتماعي. أما **العامل الثالث** فيرتبط بالشرب كأنما هو علاج لما تسببه البيئة الاجتماعية من ضغوط ومشاق. (Makella, 1971) كذلك قام ادواردز G. Edwards في انجلترا بدراسة مشابهة إلى حد ما، قارن فيها بين دوافع الرجال ودوافع النساء إلى الشراب. وبالتالي فقد أجرى البحث على مجموعة من ٢٨١ امرأة و٣٠٦ رجلا في مدينة لندن، واستخدم لهذا الغرض استخبارا يحتوي على ١٧ سؤالا. وانتهى الأمر بإجراء تحليل عاملي على المعلومات التي جمعها بوساطة هذا الاستخبار، فاستخلص ثلاثة عوامل في كل من الجنسين. وكانت العوامل متشابهة إلى حد كبير أحدها عامل يقوم وراء محاولات التخلص من بعض الهموم والمتاعب، والثاني عامل يتعلق بالمتعة الحنسية مع تناول الطعام، والعامل الثالث يختزل مجموعة الاستجابات للضغوط الاجتماعية. (Edwards, 1973).

ونحن في مصر، قمنا بدراسات ميدانية على أعداد كبيرة من متعاطي الحشيش وتبين لنا وجود أنماط (أو ما يمكن تسميته بتنظيمات تدريجية) مختلفة من الدوافع لدى الجماعات الممثلة للشرائح الاجتماعية المختلفة. فالذكور من أبناء المدينة (ن = ٢٠٤) أفصحوا عن خمسة أسباب بالترتيب الآتي: مجاراة الأصدقاء، وطلب النشوة، وحب الاستطلاع، ثم الرغبة في محاكاة الرجال، وأخيرا طلب المتعة الجنسية. أما الذكور من أبناء الريف (ن = ٤٠) فقد عبروا عن الدوافع نفسها ولكن بترتيب آخر: ففي البداية يأتي مطلب النشوة، يليه حب الاستطلاع، ثم مجاراة الأصحاب، ثم الرغبة في تقليد الرجال، وأخيرا يأتي مطلب المتعة الجنسية (Soueif, 1967) وفي مجموعة ثالثة من نزلاء السجون من الرجال (ن = ٩٥٠)

وجدنا نفس الدوافع التى عبر عنها أبناء المدينة مع اختلاف طفيف فى الترتيب (Soueif, 1971).

(جـ) المتغيرات الديموجرافية:

ومن بين المحاولات التى قام بها العلماء الاجتماعيون لدراسة المقدمات المرتبطة بالتعاطى دراساتهم التى أنصبت على المتغيرات الديموجرافية. وتتمثل الأهمية الكبرى لهذه المتغيرات، خاصة إذا ما ارتبطت بالخلفية العائلية للمتعاطى، تتمثل فى كونها تساعد فى تحديد ما جرى العرف على تسميته بالجماعات الهشة، أى الجماعات المعرضة أكثر من غيرها للإصابة بداء التعاطى والإدمان. وتلك خطوة بالغة الأهمية فى التخطيط للبرامج والسياسات الوقائية Soueif, 1974 وسويف وآخرون ١٩٨٦). من هذا القبيل ما قام به كننجهام ومساعدوه من مقارنات بين المتعاطين وغير المتعاطين للحشيش من طلبة الجامعات، فقد وجد هؤلاء الدارسون الحقائق الآتية: آباء المتعاطين يشغلون مناصب أعلى من تلك التى يشغلها آباء غير المتعاطين، وعائلات المتعاظين تنتمى إلى الشرائح العليا من حيث المستوى الاجتماعى الاقتصادى، ومساكن المتعاطين أغلى وأفضل، وأمهاتهم فى غنى عن العمل وأكثرهن بالفعل لا يعملن (Cunningham et al., 1974).
ونحن هنا فى مصر ألقينا الضوء على مجموعة أخرى من المتغيرات الديموجرافية، من أهمها العمر عند بدء التعاطى. فقد وجدنا أن الغالبية العظمى من متعاطى الحشيش المحكوم عليهم فى السجون المصرية بدأوا التعاطى قبل سن الثانية والعشرين والكثير من هؤلاء بدأوا قبل أن يبلغوا السادسة عشرة. (Soueif, 1971) كذلك وجدنا أن التبكير فى سن بدء التعاطى يرتبط ارتباطا إحصائيا جوهريا باحتمال أن يصبح الشخص فى مقبل الأيام ممن يتعاطون الحشيش تعاطيا مكثفا (Soueif, 1976). كذلك تبين لنا أن تلاميذ المدارس الثانوية والمدارس الفنية المتوسطة الذكور، يغلب على من يجرب منهم تعاطى الحشيش أن يجرؤ على خوض هذه التجربة فى السن ما بين السادسة عشرة والسابعة عشر (Soueif, 1982 a ,1982 b). أما مجموعات الشباب التى تتمكن من الإلتحاق بالجامعات

فالذين يجربون التعاطى من بينهم يغلب عليهم أن يخوضوا هذه التجربة حوالى سن التاسعة عشرة. (Soueif, 1986).

(د) سمات الشخصية، والاتجاهات النفسية:

أجريت بحوث كثيرة حول موضوع السمات والاتجاهات النفسية التى تميز شخصية المتعاطى. ومن الصعب هنا أن نحكم بما إذا كانت هذه السمات والاتجاهات مقدمات تؤدى إلى أو نتائج تترتب على التعاطى. وأساس هذه الصعوبة أن معظم الباحثين اعتمدوا فى هذا المجال على أسلوب معاملات الارتباط، وهو أسلوب لا يسمح باستخلاص علاقة سببية. وبالتالى أصبح لزاما على الدارس أن يتوخى الحذر عندما يحاول أن يكامل بين نتائج البحوث التى أجريت فى هذا المجال وما أسفرت عنه بقية البحوث الاجتماعية فى سائر المجالات المرتبطة بالمواد النفسية.

ومن الجهود التى تذكر فى هذا الصدد أعمال كوكيت R. Cockett فقد قام بدراسة لسمات الشخصية التى تميز المجرمين الشبان. وانتهى إلى القول بعدم وجود سمات مهيئة للإجرام. لكنه عثر على بعض عناصر فى الشخصية، لا يمكن إغفالها رغم ضآلتها، قال إنها تدخل فى باب الاستعداد للتعاطى، من بين هذه العناصر ضعف الإرادة، والقلق، والاكتئاب، والميل إلى توهم المرض (Cockett, 1971) وعقد جاندرو P.Gendreau مقارنة بين بروفيلات الشخصية على مقياس MMPI التى ارتسمت لعدد من مدمنى الهيروين (ن = ٥١) فى مقابل البروفيلات التى ارتسمت لمجموعة ضابطة من غير المدمنين (ن = ٨٢). وفى مقارناته هذه لم يجد فروقا بين المجموعتين تستحق الذكر (Gendreau, 1970) وتناول بروك R. Brook وآخرون مجموعة من المراهقين متعاطى الأمفيتامينات (ن = ٦٠) وقارنوا بينهم وبين مجموعة من الشباب غير المتعاطين (ن = ٢٤)، واستخدموا فى هذه المقارنة أسلوبا يجمع بين الاستبار وتطبيق مقياس MMPI وتبين فى هذه المقارنة أن المتعاطين كانوا يعانون من كثرة اضطرابات الشخصية والمظاهر الذهانية بما يفوق كثيرا ما وجد عند غير المتعاطين. (Brook, 1973) وقارن بريل N.Brill بين

الطلاب (فى مستوى الدراسة الثانوية) الذين يتعاطون الحشيش وزملائهم غير المتعاطين. وكانت الأدوات التى تمت المقارنة عليها تضم أربعة من مقاييس MMPI، ومقياسا للاستعداد للمغامرة. ولم يجد بريل نتيجة لهذه المقارنة، أية فروق جوهرية بين المجموعتين من الطلاب لا من حيث الميل إلي المغامرة، ولا من حيث القلق، ولا الاكتئاب ولا من حيث قوة الشخصية (Brill, 1973). وقد استخدمنا نحن فى مصر استبارا مقننا، بعد أن حسبنا درجات ثبات بنوده وتأكدنا من أنها مرتفعة بما فيه الكفاية، كما تأكدنا من صدقها، وقارنا بوساطة هذه الأداة بين أعداد كبيرة (ن = ٨٥٠) من المحكوم عليهم فى قضايا تعاطى الحشيش من نزلاء السجون، وبين مجموعة ضابطة من النزلاء من غير المتعاطين (ن = ٨٣٩)، فتوصلنا إلى وجود فروق فى الشخصية بين المجموعتين. فقد تفوق غير المتعاطين على المتعاطين فى وصف أنفسهم بالخنوع والاندفاعية والخُلفة. أما المتعاطون فقد تفوقوا على غير المتعاطين فى وصف أنفسهم بعدم الاكتراث لحضور الآخرين أو غيابهم. (Soueif, 1976).

هذه بعض أمثلة لبحوث أجريت في مجال سمات الشخصية المميزة للمتعاطين وواضح أن هناك قدرا كبيرا من التضارب بين نتائج البحوث المختلفة. ومن الميسور طبعا أن نفسر بعض هذا التضارب بالقول بوجود أنماط مختلفة من السمات يرتبط كل منها بنوع المادة النفسية التى يتعاطاها أو يدمنها المفحوصون فى كل بحث من تلك البحوث. ومع ذلك فالدارس الحصيف لا يمكن أن تفوته ملاحظة وجود عدد من الثغرات المنهجية التى يرجع إليها بعض التعارض المشار إليه. ومن أمثلة هذه الثغرات ما يأتى: كون العينات صغيرة وغير ممثلة تمثيلا جيدا للجماهير التى يعمم عليها الباحث نتائجه، عدم تقنين أدوات البحث، أو استخدام أدوات لا نعرف شيئا عن مستوى ثباتها، وصدقها مشكوك فيه، وفى كثير من الحالات لا يفصح الباحث عن استناده إلى إطار نظرى محدد للاسترشاد به فى تحليل النتائج وتفسيرها. والواقع أننا هنا بصدد مجال واحد من مجالات متعددة تتبدى فيه (أو فيها) كثير من نقاط الضعف ونقاط القوة التى تميز العلوم

الاجتماعية فى مرحلتها الراهنة منها الافتتان بتجميع البيانات، والانصراف عن التنظير، وتجاهل المقارنة الجادة بنتائج الغير.

البحث فى نتائج التعاطى

فى هذا الجزء من المقال نحاول تقديم نظرة إجمالية تتناول جهود الباحثين الاجتماعيين فى مجالات ثلاثة: (أ) أنماط التعاطى. (ب) الجانب الذاتى من خبرة التعاطى وما يطرأ على الوظائف النفسية من تغيرات مصاحبة، (جـ) النتائج أو المترتبات النفسية الاجتماعية.

أنماط التعاطى

نبادر فنقرر أن البحث فى أنماط التعاطى يستحق أن تفرد له فئة على الحدود بين مقدمات التعاطى ونتائجه. بعبارة أخرى كان بإمكاننا أن نعامل هذا النوع من البحوث كمجموعة أخرى من المتغيرات المستقلة، على أن تظل المتغيرات التابعة هى مجموع التغيرات (الفردية والاجتماعية) التى يستثيرها التعاطى نفسه. إلا أن الخطوة التى قمنا بها لوضع المكونات الحضارية والاجتماعية ضمن مقدمات مشهد التعاطى، تبيح لنا أن نضع أنماط التعاطى ضمن النتائج بل وتجعل لهذا التضمين منطقا مقبولا.

ومن أهم الموضوعات التى اعتاد الباحثون دراستها تحت هذا العنوان موضوع الجرعة، ويقصد به الكمية التى يتناولها المتعاطى فى المرة الواحدة. وموضوع التكرار، ويقصد به كم مرة يتم التعاطى فى وحدة زمنية معينة، ولتكن الأسبوع أو الشهر، ثم طريق التعاطى ويقصد به هل يتم التعاطى بالفم، أو بالحقن، أو بالشم. . إلخ. وتوجد مئات البحوث التى تناولت تعاطى الشباب للكحوليات فى بلدان كثيرة، مثل الولايات المتحدة، وكندا، وبريطانيا، والسويد (Hawker, 1977) وفى اجتماع عقدته جماعة من العلماء بدعوة من هيئة الصحة العالمية فى سنة ١٩٧١ أمكن إقرار التفرقة بين أنماط تقليدية للتعاطى وأنماط طارئة، وذلك استنادا إلى حقيقة هامة هى أنه بدءا من أواخر الخمسينيات، وفى العقدين

الأخيرين بوجه خاص. . «عانت بلاد كثيرة من ظهور تيارات أو مشكلات جديدة فيما يتعلق بالتعاطى. مثال ذلك ظهور القنب فى النصف الغربى من الكرة الأرضية. . . وفى الثلاثين سنة الأخيرة وجدنا مشتقات الأفيون كذلك ينتشر تعاطيها فى مناطق من العالم جديدة، وربما بطرق جديدة أيضًا (مثال ذلك الهيروين فى انجلترا، وتايلاند، وإيران، وفرنسا «وفى مصر فى السنوات الأخيرة»، والأفيون فى هولنده والسويد). كذلك الكحوليات. . . نلاحظ أن شربها آخذ فى الزيادة فى مناطق كانت أصلا متجهة إلى القنب أو مشتقات الأفيون (من هذا القبيل ما نراه فى الهند وباكستان، وبعض بلاد الشمال الأفريقى وشرق البحر الأبيض المتوسط). (WHO tech. Rep. Ser. 1973, No. 516).

على أننا لن ندخل بالقول المفصل فى هذه المادة العلمية الشديدة الغزارة. لكننا سنكتفى بإبداء بضع ملاحظات محدودة لكى نوضح كيف يمكن لهذه المعلومات أن تكون أداة ممتازة تساعدنا على الفهم الواضح لكثير من جوانب مشكلة التعاطى. (والمقصود هنا هو الإشارة إلى أهمية المعلومات الخاصة بالجرعة والتكرار وطريق التعاطى). ففى دراسة قمنا بها على تعاطى القنب تبين لنا أن الجرعة التى يتناولها مجموعة من المتعاطين الطلقاء (ن = ٢٠٤) من أبناء المدن تتراوح بين ٠,٣٢جم، و٢,٦جم، بمتوسط قدره ١,٠٨جم (تحتوى على ما قيمته بالوزن ٣٪ من العنصر الفعال) ثم إننا استطعنا أن نثبت وجود معامل ارتباط جوهرى مقداره ٠,٣٦ بين الجرعة وبين عدد ساعات العمل اليومى التى يضطر المتعاطى أن يعملها لكى يكسب قوت يومه. بعبارة أخرى وجدنا أنه كلما زاد عدد ساعات العمل اليومى زادت كمية الجرعة التى يتعاطاها متعاطى القنب فى المرة الواحدة. كذلك تبين لنا وجود معامل ارتباط قوى بين عدد ساعات العمل اليومى وبين عدد مرات التعاطى فى الشهر، وقد استخدمنا هاتين المعلومتين لنبين بدرجة معقولة من الدقة كيف أن تعاطى الحشيش فى السياق الاجتماعى الحضارى فى المجتمع المصرى ترتبط ارتباطا محققا بظروف الحياة الصعبة (Soueif, 1967).

ولكى نقدر حجم الأضرار الصحية المرتبطة بهذه الحقائق يجدر بالذكر أن

المختصين من علماء الفارماكولوجيا متفقون على أن العنصر الفعال فى القنب (ويرمز له بالمرمز THC) تصل قوة فاعليته إذا ما تعاطاه المتعاطى بالتدخين إلى ثلاثة أو أربعة أمثال فاعليته إذا تعاطاه بالفم فالابتلاع. هذا النوع من المعلومات الفارماكولوجية إذا ربطنا بينه وبين المعلومات الوبائية عن الجرعة والتكرار وطريق التعاطى يكون جليل الفائدة لمن يعنيهم الأمر. ومن ثم فالأمل معقود على أن تعنى الدراسات الوبائية فى المستقبل بإمدادنا بالبيانات المحققة الدقيقة عن هذه الجوانب الهامة فى التعاطى.

التغيرات الطارئة على الوظائف النفسية

ثمة كم ضخم من المعلومات عما يترتب على تعاطى المواد النفسية من تغيرات فى مختلف الوظائف السيكولوجية، بما فى ذلك الحالة المزاجية، وعمليات التفكير، وأشكال الأداء الحركى. إلا أن هذه الفئة من الدراسات أقرب إلى علم النفس الاكلينيكى وعلم الفارماكولوجيا النفسية منها إلى علم النفس الاجتماعى. ولذلك فلن نخوض فيها بتوسع فى هذا المقال. لكننا سوف نقتصر على ذكر بضع نقاط تستحق أن نضعها نصب أعيننا.

فالمحاولات التى قام بها أدامك C.Adamec وزملاؤه، وهل H.E.Hill ومساعدوه بهدف التحليل الكمى للجوانب الذاتية من خبرات التعاطى تستحق وقفة خاصة. فقد طبق آدامك ومرافقوه استخبارا تدور أسئلته حول آثار تعاطى الحشيش، طبق هذا الاستخبار على مجموعة كبيرة نسبيا (ن = ٢٤٦) من متعاطى هذا المخدر. ثم أجرى تحليلا عامليا على معاملات الارتباط التى أمكن حسابها بين الـ ١٥٥ سؤالا التى يتكون منها الاستخبار، وتوصل بذلك إلى استخلاص عشرة عوامل، حددها على النحو الآتى: السلاسة المبدعة، فقدان الصلة بالتفكير اللفظى، زيادة شدة الحواس، الانفعالات السلبية، الانسحاب الاجتماعى، الخيالات البصرية، بنود مقياس الكذب، التنبه المتزايد لأحوال الجسم الداخلية والخارجية، زيادة شدة حاسة الذوق، نوع من الاتجاه الروحى أو الصوفى. وربما

تضاعفت قيمة هذه الدراسة لو أن البعض عنى بإعادة إجرائها تحت شروط التغيير المنظم للأفراد يتطوعون لإجرائها عليهم (ويكون هذا التغيير على محورى العمر والتعليم) داخل أطر حضارية متباينة. (Adamec et al., 1976).

أما العمل الذى قام به هل وزملاؤه فكان طموحه أبعد مدى من طموح عمل آدامك. فقد كون هل ورفاقه استخباراً يضم ٥٥٠ بندا لقياس الآثار الذاتية للمواد النفسية، وقياس خصال الشخصية، وفى تقنينهم هذا الاستخبار استعانوا بالتطبيق على مدمنين تعاطى مواد نفسية مختلفة. بعد ذلك استعانوا بطرق تحليل البنود. كما استعانوا بطرق متعددة للمقارنة مع محكات مختلفة، وبناء على ذلك اختاروا البنود التى تدخل فى كل مقياس من شأنه أن يميز بين الخبرات الذاتية بعقار معين وبين تأثير البلاسيبو (أى المخدرات الوهمية). ثم أجريت دراسات على الصدق، والثبات، والقابلية للتعميم، والعلاقة بين الجرعة والأثر، تبين منها أن المقاييس الخاصة بالمواد النفسية المختلفة تنطوى على قدر لا بأس به من الصدق والثبات. وقد نشر هل وزملاؤه بنود الاستخبار كملحق لعدد من الورقات أوردوا فيها الكيفية التى تم بها تكوين المقياس واستخداماته المبكرة وقد صنفت جميع البنود تبعا لكفاءتها فى التمييز بين آثار المواد النفسية المختلفة وبين حالة التأثر بالمخدر الوهمى. أما عن المواد النفسية التى ورد ذكرها فى هذا الاستخبار فهى: المورفين، والأمفتامين، والبنتوباربيتال، والكحول، والـ LSD، والبايريكسيل، والكلوربرومازين (Hill et al., 1963, 1963b). وفى بحث تال نشر هيرتزن C.A.Haertzen نتائج تحليل عاملى للبنود أمكنه فيه استخلاص عشرة عوامل. ويقول هيرتزن أن العاملين الأول والثانى فقط هما اللذان ارتبطا ارتباطا جوهريا بآثار ثمانية مواد نفسية، هى: الـ LSD، والمورفين، والامفتامين، والبنتوباربيتال، والكلوربرومازين، والبايريكسيل، والكحول، والسكوبولامين. وقد حدد الباحث هوية العامل الأول على أنه «الفاعلية»، والعامل الثانى على أنه «الكفاءة» والفكرة الجديدة هنا تتمثل فى أنه باستخدام هذين العاملين معا يتولد مجال عريض تبرز فيه التماثلات والاختلافات بين المواد النفسية ويكون لهذا

المجال قيمة تنظيمية تربط بين آثار هذه المواد (Haertzen, 1965). ويخيل إلينا أن هذا الاستخبار يستحق من الاهتمام أكثر مما لقى حتى الآن، خاصة بين العلماء الاجتماعيين.

الجريمة ومشكلات اجتماعية أخرى:

يقوم السؤال حول ما إذا كانت هناك علاقة سببية بين تعاطى المواد النفسية وبين الجريمة، يقوم هذه السؤال كمشكلة ساخنة دائما، والمنشور فى هذا الصدد ملىء بالجدل الذى ينضح بالانفعال أكثر مما يشير إلى حقائق محددة. وفى التقرير الذى نشرته لجنة تقصى الحقائق الكندية حول تعاطى القنب، نجد العبارات الآتية: «تشير التقارير التى تتناول تعاطى القنب بين المجرمين، ونسبة الإجرام بين الأفراد المقبوض عليهم لاتهامات تتعلق بالمخدرات، تشير هذه التقارير إلى وجود علاقة بالمعنى الإحصائى للكلمة. ومع ذلك، فليس هناك ما يكشف عن وجود علاقة سببية، ثم أن بعض المتغيرات السيكولوجية، والاجتماعية الاقتصادية، تزيد من صعوبة تفسير البيانات المنشورة». (Cannabis 1972, p. 109) كذلك نشر المعهد القومى لبحوث تعاطى المخدرات فى واشنطن دراسة متأنية قام بها أودونيل J.A.O'Donnell وزملاؤه، وكان ذلك سنة ١٩٧٦. وفى هذه يلخص فريق الباحثين نتائجه على النحو الآتى: «إن التحليلات الأولية التى قدمناها فى هذا الفصل لا تساند الفكرة القائلة بأن الحشيش يقود إلى الجريمة، ولا أن النشاط الإجرامى يقود إلى تعاطى الحشيش. وإذا استثنينا مسألة تزوير التذاكر الطبية والنشل من المحال التجارية، فإننا لا نجد علاقة زمنية متسقة بين التعاطى وبين النشاط الإجرامى بحيث نقيم عليها القول برابطة سببية. والواقع أن الترتيب الزمنى لتعاطى الحشيش والأفعال الاجرامية ـ كما أدلى بها أفراد البحث ـ هذا الترتيب الزمنى يبدو متأثرا بالعمر الذى يبدأ عنده التعاطى ففى حالة كثير من الجرائم التى أقر بها أفراد البحث كما أقروا بتعاطى الحشيش وجدنا ما يأتى: الشباب الذين بدأوا التعاطى فى سن ١٦ سنة قالوا أنهم بدأوا يرتكبون جرائمهم فى خلال سنة بعد التعاطى. وفى مقابل ذلك، الشباب الذين بدأوا التعاطى فى

سنة ١٧ سنة وما بعدها، ارتكب معظمهم جرائمهم قبل أن يبدأوا التعاطى. ومع التسليم بأن التحليلات التى أنجزناها بالفعل ليست سوى تحليلات أولية تمهيدية، تظل مسألة أن التعاطى يسبق السلوك الإجرامى أحيانا، وهذا السلوك يسبق التعاطى أحيانا أخرى، تظل هذه المسألة تعنى أنه إذا كانت هناك علاقة سببية بين التعاطى والسلوك الإجرامى فهذه ليست علاقة بسيطة» (O'Donnell et al., 1976, p. 97).

إن الإشكال فى موضوع الجريمة هو أن للجريمة تعريفا قانونيا اجتماعيا محددا. إلا أن كثيرا من الكتاب لا يلتزمون بهذا التعريف. وهم فى العادة يساوون بين الجريمة والعدوان أو العنف، ثم، وبالاعتماد على نوع من الاستنباط يتحدثون عن علاقة جوهرية بين التعاطى والجريمة (غالبا على أساس أن التعاطى يؤدى إلى خفض التحكم فى السلوك الاندفاعى). هؤلاء الباحثون يفضلون فى العادة أسلوب دراسة الحالة، ويقفون عند عدد محدود جدا من الحالات وقد أدى هذا الأسلوب فى معالجة الموضوع إلى مزيد من الآراء المتعارضة. فبدون التجميع النظامى للبيانات، على عينات ممثلة وذات حجم معقول، يصحبها تحليل إحصائى سليم، بدون هذه الضمانات لا سبيل إلى التحوط ضد إنحياز الرأى. ولا سبيل إلى تقدير حجم الخطأ الذى قد يتسرب إلينا. يضاف إلى ذلك، أن حسن صياغة المشكلة يمثل ضرورة نحتاج إليها بشدة قبل الاندفاع إلى تجميع البيانات وإجراء التحليلات الإحصائية. وإليك مثالا لكيفية تنقية المشكلة وتوضيحها: هل نحن نفكر فى مجرد ارتباط بين التعاطى والجريمة، أو فى علاقة سببية؟ وإذا كنا نفكر فى أن تعاطى المخدرات يقود إلى الإجرام، فهل لدينا فروض محددة حول الكيفية التى يتم بها خط السير هذا؟ وإذا كان لدينا فروض من هذا القبيل، فما هى؟ هل نتصور أن الجريمة تعقب التعاطى كنتيجة مباشرة للتأثير الفارماكولوجى، أم أن هذا التسلسل يأتى كنتيجة للقهر الذى يقع على المتعاطى نتيجة لحالة الإدمان مما يمكن بعض القوى الاجتماعى من استغلال هذا القهر لأغراض أخرى؟ أم لأن المتعاطى يتعلم بالتدريج أن يتقبل أسلوبا معينا للحياة كنتيجة للاحتكاك المتكرر

بممثلى هذا الأسلوب؟ هذا مثال لتوضيح المشكلة الجديدة بالنظر. ولا يجوز النظر إلى توضيح المشكلات قبل الاندفاع فى إجراء البحث على أنه ترف أكاديمى يمكن الإستغناء عنه. إن الاسئلة التى طرحناها تستوجب خطوات مختلفة فيما يتعلق بقرارات السياسات العلاجية والوقائية. وقد يقول قائل إن صانعى هذه السياسات لا يعنيهم أن يواجهوا هذه الأسئلة البالغة التدقيق، ومع ذلك فهذا القول لن يعفى العلماء من التصدى لمسئوليتهم (Soueif et al., 1976).

وثمة مشكلات اجتماعية أخرى غير الجريمة، يأتى ذكرها كمترتبات على التعاطى منها الغياب عن المدارس والمصانع ودور العمل، وكافة الآثار السيئة التى تقع على الإنتاج القومى، وحوادث الطرق، وانتشار بعض الاضطرابات الصحية ذات الانعكاسات الاجتماعية، وارتفاع الوفيات، والصراعات والانهيارات الأسرية. لكننا نكتفى بالتفصيل الذى قدمناه فى الحديث عن الجريمة.

تلخيص وتعقيب ختامى

ختاما نود أن نؤكد النقاط الآتية:

أولا: عبر كثير من الباحثين عن عدم الرضا عن النموذج الطبى. وقد اقترح البعض نماذج أخرى لتحل محله، وكانت هذه النماذج فى الغالب تفاعلية أو نفسية اجتماعية، غير أنها لم تكن مقنعة بما فيه الكفاية. وبالتالى فلا تزال الحاجة ماسة إلى هذا النوع من الجهود. وكمثال لأحد المناحى التى قد تثبت فاعليتها فإن الاقتراح المطروح على العلماء الاجتماعيين فى هذا المقال هو أن تتجه محاولاتهم القادمة إلى تكوين نموذج يستند إلى استعارة مستمدة من الدراسات السوسيومترية لانتشار الشائعات، مع ربطها ببعض عناصر من نظرية التبادل التى يروّج لها فى علم النفس الاجتماعى. فإذا نجح العلماء الاجتماعيون فى مهمتهم هذه فقد تسفر خطوتهم هذه عن النموذج المناسب ليحل محل النموذج الطبى.

ثانيا: كذلك ناقشنا فى هذا المقال بعض المسائل المنهجية التى تستدعى بذلك عناية خاصة فى تصميم البحوث. من هذا القبيل: ثبات أدوات البحث، قابلية

التصميمات للمقارنة فيما بينها، والعناية بالتناول الذى يقوم على التفاعل بين نظم الدراسة أو فروع المعرفة المتعددة.

ثالثا: قدمنا عددا من الدراسات الأنثروبولوجية الاجتماعية التى تتناول ظاهرة التعاطى فى خطوطها الكبرى، وأوضحنا كيف أنها تعرض معلومات مفيدة عن كيف يمكن لمجال التنميط الحضارى أن يكون عريضا. وفى مقابل ذلك تبين لنا كيف أن هناك ندرة فى المعلومات التى تتناول أساليب الأفراد من أبناء تلك المجتمعات فى التعاطى. وبالتالى فالحاجة ماسة إلى مزيد من الدراسات الميكروكوزمية فى هذا الصدد.

رابعا: دور أجهزة الإعلام فى تحديد الصورة الاجتماعية للتعاطى يستحق مزيدا من عناية الباحثين. وقد يكون التحليل الكيفى للمضمون له قيمته على سبيل الاستكشاف التمهيدى. لكن الحاجة ماسة بعد ذلك إلى إجراء تحليلات كمية للمضمون تصل بنا إلى إجابات أكثر تحديدا ردا على أسئلة أعمق دلالة.

خامسا: أجريت دراسات قيمة، ولو أنها ضئيلة على موضوع أثر الآباء والأقران على سلوك الشباب نحو المخدرات. ونحن نعتقد أن هذا المجال من مجالات البحث يمكن أن يكون أشد خصوبة لو أن جوانبه المنهجية لقيت عناية أفضل.

سادسا: كذلك بحثت الأدوار التى تقوم بها الخبرة الماضية والدوافع المشعور بها فى تيسير عملية التعاطى. ولايزال هذا المجال يستحق مزيدا من جهود الاستكشاف.

سابعا: كذلك درس كثير من الباحثين موضوع الصلة بين بناء الشخصية والتعاطى. غير أن كثيرا من النتائج متعارضة فيما بينها. وقد أشرنا فى هذا الصدد إلى عدد من نقاط الضعف المنهجية التى تعتبر مسئولة عن هذا التعارض، منها صغر حجم عينات البحث وعدم تمثيلها تمثيلا جيدا للجماهير التى تعمم عليها النتائج، وعدم تقنين أدوات البحث أحيانا، والتهاون فى حساب الثبات والصدق

لبعض الأساليب المستخدمة، والافتقار إلى إطار نظرى محدد بوضوح لكى يضفى على البيانات المجمعة منطقا ومعنى.

ثامنا: كذلك عرضنا لأمثلة من الدراسات التى تناولت أنماط التعاطى ولكن لايزال المجال محتاجا لجهود الباحثين الهادفة إلى تحديد الأبعاد الرئيسية لهذه الأنماط. والراجح أن تحديد هذه الأبعاد سوف يجعل من الميسور معالجتها كميا، وهذا بدوره سوف يسهل الوصف الدقيق ثم المقارنة المحبوكة.

تاسعا: حاول بعض الباحثين استخدام عدد من أساليب التحليل القوية عندما عرضوا لتغيرات الحالة المزاجية، غير أن هذه المحاولات لم تلق ما تستحقه من تكرار وتنمية.

عاشرا: فى ميدان الجريمة والمشكلات الاجتماعية المرتبطة بالتعاطى يلزم الباحثين أن يقدموا مزيدا من البحوث التى تقوم على أسس منهجية قوية.

وأخيرا، تبقى كلمة ختامية تلخص الموقف، فثمة بحوث كثيرة أجريت بالفعل ومع ذلك فلا نزال بحاجة إلى المزيد، فإذا كان لنا أن نخطط للمستقبل على ضوء الاستبصار الذى اكتسبناه من الماضى، فكل الدلائل تشير إلى أن تحسين الجانب المنهجى هو ألزم ما يلزمنا للإعداد للمستقبل، والمقصود هنا هو المنهج بالمعنى العميق الذى يجمع بين الكفاءة التكنيكية والتوجه النظرى المستبصر.

المراجع:

Adamec, C., Pihl, R. O. and Leiter, L. (1976) An analysis of the subjective marijuana experience, *Inter. J. Addictions,* 11/2, 295 - 307.

Asuni, T. (1964) Socio - psychiatric problems of cannabis in Nigeria, *Bulletin on Narcotics,* 6/2. 17 - 28.

Brill, N. (1973)Personalty factors in marijuana use, *Behavioral and social effects of marijuana,* E. L. Abel et al. eds., New york, MSS Corporation,.

Brook, R. et al. (1973) Personality characteristics of adolescent amphetamine users as measured by the MMPI, *Brit. J. addiction,* 1973, 69/1, 61 - 66.

Cannabis. A report of the Commission of Inquiry into the Nonmedical Use of Drugs, ottawa' Information Canada, 1972.

Carlin, A. S., post, R. D., Eakker, C. B, and Halpern, L. M. (1974)The role of modeling and previous experience in the facilitation of matijuana intoxication, J. *nerv. ment. Disease,* 159/4, 275 - 281.

Cockett, R. (1971) *Drug use and personality in young offenders,* London: Butterworths,.

Codere, H. (1973) The social and cultural context of cannabis use in Rwanda. paper presented at the IXth International congress of anthropological and ethnological sciences, chicago, Aug. Sept..

Cunningham, W. H., Cunningham, I. C. M. and English, W. D. (1974) sociopsychological characteristics of undergraduate marijuana users, *J. genetic. psychol.,* 125, 3 - 12.

De Rios, M.D. (1973) Man, culture and hallucinogens: An overview. paper presented at the IXth International Congress of Anthropological and Ethnological Sciences, Chicago, Aug. - Sept..

Du Toit, B.M. (1973) Dagga: The history and ethnograpnic setting of cannabis sativa in southern African. paper presented at the IXth international congress of anthropological and ethnological sciences, Chicago, Aug. Sept. 1 - 128.

Edwards, G. et al. (1973)A comparison of female and male motivation for drinking, *Inter. J. addictions*, 8/4, 577 - 587.

English, H. B. and English, A. C. (1958) *A comprehensive dictionary of psychological and psychoanalytical terms*, New york: Longmans .Fazey, C. (1977) *The aetiology of psychoactive substance use*, Paris: UNESCO, .

Fazey, C. (a) *The aetiology of psychoactive substance use*, paris: UNESCO, 1977.

Fejer, D., Smart, R. G., Whitehead, P. C. and Laforest, L. (1971) Sources of information about drugs among high school students, *The public opinion Quarterly*, 35, 235 - 241.

Freeland, J.B. and Cambell, R. S. (1973) The social Context of first marijuana use,*Inter. J. addictions*, 8/2, 317 - 324.

Gendreau, P. and Gendreau, L.P. (1970) The "addiction - prone" personality: a study of Canadian heroin addicts, canad. *J. behav. science*. 2/1, 18 - 25.

Graine, P., Lentin, J. P. and Mandel, J. (1976) Drugs as seen by the youth Press, Paris: UNESCO, July 1976 (ED - 76/ WS/ 39).

Haertzen, C. A. (1965) Subjective drug effects: A factorial representation of subjective drug effects on the Addiction Research Center Inventory, *J. nerv. Ment. Disease*, 140/4, 280 - 289.

Hasan, K. A. (1973) Social aspects of the use of cannabis in India.paper presented at the IXth International congress of anthropological and ethnological sciences, chicago, aug - sept..

Hawker, A. (1977) Drinking patterns of young people, *Al coholism and drug dependence,* J. S. Madden, R. Walker and W. H. Kenyo-neds, New york: Plenum press, 95 - 104.

Hill, H.E., Haertzen, C. A., Wolbach, A. B.J.R and Miner, E.J., (1963b) the Addiction Research center Inventory: psychopharmacologic, (b), 4, 184 - 205.

Hill, H. E. Haertzen, C. A., Wolbach, A. B. jr. and Miner, E. J. (1963a) the Addiction research center Inventory, *psychopharmacologia,* 1963 (a), 4, 67 - 33.

Hunt, D. G. (1975) Parental permissiveness as perceived by the offspring and the degree of marijuana usage among offspring, *Human relations,* 27/3, 267 - 285.

Jones, A. D. (1975) Cannabis and alcohol usage among the plateau tonga: An observational report of the effects of cultural expectation, *Psychol. record,* 25/3, 329 - 332.

Kandel, D. (1973)Adolescent marihuana use: Role of parents and peers, *Science*, sept. 181, 1067 - 1069.

Kandel, D. (1974) Inter - and intragenerational influences on adolescent marijuana use, *J. soc. Issues,* 30/2, 07 - 135.

Lambo, T. A. (1965) Medical and social problems of drug addiction in west africa, *Bulletin on narcotics,* 17, 3 - 13.

Li, H. L. (1974) The origin and use of cannabis in Eastern Asia: Linguistic - Cultural implications, *Economic Botany,* 28, 293 - 301.

Lowe, G. (1977) Alcoholism and psychology: Some recent trends and methods. *Alcoholism and drug dependence,* J. S. Madden, R. Walder and W. H. Kenyen eds., New york: Plenum press,.

Makella, K. (1971) The motives for the alcohol behaviour in Helsinki-men, *Brit. J. Addiction,* 66, 261 - 269.

McGlothlin,W. (1975) Drug use and abuse, *Ann.Rev. psychol.,* 26, 45 - 64.

McGlothlin, W. H. (1973) Sociocultural factors in marijuana use in the united states. paper presented at the IXth International Congress of anthropological and ethnological sciences, Chicago, Aug. - Sept..

Mckechnie, R. J.(1977)Parents, children and learning to drink, *Alcoholism and drug dependence,* J. S. Madden, R. Walker and W. H. Kenyon eds., New york: Plenum press, 451 - 456.

Nahas, G. (1973) Marihuana - deceptive weed, New york: Raven press, .

Nahas, G. (1976) Haschich. cannabis et marijuana: Le chanvre trompeur, Paris: Presses Universitaire de France,.

Nehemkis, A., Macari, M. A. and Lettieri, D. J, eds. (1977)*Drug abuse instrument handbook,* Rockville: National Institute on Drug Abuse,.

O'Donnell, J. A., Voss, H. L., Clayton, R. R., Slatin G. T. and Romm, R. G. W. (1976)*Young men and drugs,* Rockvill: NIDA research monograph 5.

Oppenheim, A. N. (1972) Notes on a social psychology of dependence. (Memeographed).

Orcutt. J. (1975) Social determinants of alcohol and marijuana effects: A systematic theory, *Inter. J. addictions.* 10/6, 1021 - 1033.

Orcutt, J.D. and Biggs, D. A. (1975) Recreational effects of marijuana and alcohol: some descriptive dimensions, *Inter, J. addictions,* 10/2, 299 - 239.

Pattison, E. M. (1969) Comment on the alcoholic game, *Quarterly journal studies on Alcohol,* 30, 953 - 956.

Robinson, D. (1977) Alcoholism and drug dependence: A multidisciplinary problem: the sociologist's point of view, *Alcoholism and drug dependence,* J. S. Madden, R. Walker and W. H. Kenyon eds., New york: Plenum press, 47 - 55.

Secord, P. F. and Backman, C. W. (1974) *Social psychology,* New york: McGrawhill, 2nd ed.

Sherif, M. (1936) *The psychology of social norms,* New york: Harper.

Soueif, M. I.(1967) Hashish consumption in Egypt, with special reference to psychosocial problems, *Bulletin on Narcotics,* 19/2,1 - 12.

Soueif, M. I. (1971) The use of cannabis in Egypt: A behavioural study, *Bulletin on Narcotics,* 23/4, 17 - 23.

Soueif, M. I. (1974) Some issues of major importance for prevention of drug dependence, *National Review of social sciences* (Cairo), 11/ 2, 39 - 61.

Soueif, M. I. (1975/ 76) Chronic cannabis takers: some temperamental characteristics, *Drug and Alcohol Dependence,* 1, 125 - 154.

Soueif, M. I. (1976) Cannabis - type dependence: The psychology of chronic heavy consumption, *Annals of the New york Academy of sciences,* 282, 121 - 125.

Soueif, M. I. (1977) The Egyptian study of chronic cannabic use: A reply to Fletcher and satz, *Bulletin on narcotics,* 29/2, 35 - 43.

Soueif, M. I., El - Sayed, Am., Darweesh, M. A. and Hannourah, M. A.(1976) Drugs and Crime: The case of chronic cannabis consumption, paper presented at the third International symposium on Drugs and Criminality, Sao - paulo, Brazil, 25 - 29 october.

Who Techn. Rep. Ser., 1967, No. 363.

Who Techn. Rep. Ser., 1971, No. 473.

Who Techn. Rep. Ser., 1973, No. 515.

WHO Working Group on encouraging comparability in drug use surveys of young people (Memeographed), Geneva 19 - 21 September 1976.

الفصل الخامس

دروس مستفادة

من بحوث تعاطى المخدرات فى مصر (*)

مقدمة :

غنى عن البيان أننى لن أستطيع أن أحيط بهذه الدروس إحاطة شاملة. في حدود بضع صفحات. وبالتالى أبادر فأقرر أن ما سأقدمه لا يعدو أن يكون نخبة قليلة العدد من هذه الدروس؛ بعضها يرقى إلى مستوى القضايا العامة التى يمكن الامتداد بها إلى ما وراء الحدود الضيقة لمجال البحث فى تعاطى المخدرات، والبعض يبقى داخل هذه الحدود، ليكشف عن الدلالة الاجتماعية الخطيرة، لمعلومات بعينها، أمكننا التوصل إليها.

ولئن كان الواجب الأول على الباحث العلمى أن يتقن أداء البحث، بالدقة التى يسمح بها التقدم المعاصر لأدوات الدراسة، وبالنزاهة التى يقتضيها الدستور الأخلاقى للعلم والعلماء، المكتوب منه وغير المكتوب، فإن من ألزم مستلزمات هذا الواجب، وما يتوّجه فى نهاية المطاف، أن يكون الباحث قادرا على استخلاص الدلالات الاجتماعية والفكرية العامة لما كشف عنه من حقائق، ولما توصل إليه من استنتاجات.

وليس من شك فى أن هذه الخطوة محفوفة بالكثير من الصعوبات، ومثيرة للكثير من الخلافات، لكن يخفف من هذه الصعوبات ويقلل من الآثار الضارة لبعض جوانب الخلاف، أن يقتسم الباحث ومجتمعه، مسئولية توفير المناخ الصالح للقيام بهذه الخطوة، هذا المناخ الذى يجب أن يتميز أولا وقبل كل شىء باحترام العلم كقيمة، وبالمرونة العقلية، وبالتسامح المتبادل.

(*) الكتاب السنوى لعلم الاجتماع، ١٩٨٤.

تختلف طبائع الدروس التى خرجنا بها من رحلتنا العلمية الطويلة، فبعضها يتعلق بالشكل العام للبحث العلمى، من حيث العالمية والقومية، أو من حيث القيم التى تحكم موقف الباحث من بحثه، أو من حيث التدابير المساعدة والعمليات المعوقة لمسيرة البحث، والبعض الآخر يتعلق بمضمون نتائج البحث وما تنطوى عليه من معان اجتماعية، وما تشير به هذه المعانى من ضرورة اتباع سياسات معينة فى النظر إلى المشكلة، وفى معالجتها على المدى القصير والمدى الطويل. ويمكن القول بوجه عام، **أن العبر التى استخلصناها تنقسم إلى فئتين: إحداهما خاصة بالشكل، والأخرى خاصة بالمضمون.** ولذلك رأيت أن تكون العينة التى أقدمها فى هذا المقام ممثلة لهذا التنوع، حتى تتكون لدى القارىء صورة صادقة للخبرة، والرؤية، والتوجه.

والدرس **الأول** الذى توصلنا إليه فى هذه الرحلة أنه عند النظر فى مشكلة كمشكلة تعاطى المخدرات، لها ما لها من أبعاد قومية ترتبط بالتاريخ السياسى والتشريعى للبلاد، كما ترتبط بتراثها الشعبى وبعاداتها وبنيتها الاجتماعية، لابد من أن يكون القائمون بالبحث فى هذا المجال باحثين وطنيين سواء على مستوى المخططين للبحث، أو القائمين بالخطوات التنفيذية فى الميدان(١)، وذلك لأسباب متعددة، منها:

أ ـ أن الصورة التى تظهر بها المشكلة صورة محلية، رغم عالمية تعاطى المخدرات، وبالتالى فإن استيراد وصف المشكلة من الباحثين الغربيين، أو استيراد النقاط التى يجب الاهتمام بها، أو استيراد الاستنتاجات والدلالات النفسية الاجتماعية التى نخرج بها من مشاهداتنا لممارسات بعينها، أقول أن الاستيراد عن طريق الباحثين الغربيين فى هذا المضمار لن يؤدى بنا إلى المعرفة بالأبعاد الحقيقية للمشكلة وسيكون بالتالى مضللاً لنا فى التخطيط لمواجهتها بعدد من

(١) هذا الرقم بين قوسين (أعلى السطر) والأرقام التالية يشير إلى تعليقات تفصيلية أفردنا لها مساحة خاصة فى نهاية الفصل.

الإجراءات العلاجية أو الوقائية[٢]. ومن أوضح الأدلة على أهمية هذا الدرس أن ظاهرة تعاطى القنب أو الحشيش فى مصر إذا نظرنا فى جانب هام منها وهو الإزمان(*)، وجدنا أن لدينا متعاطين مضى على استمرار تعاطيهم لهذا المخدر عشرون عاما أو أكثر، وهو جانب لم يتوفر بعد فى الظاهرة بأبعادها الوبائية كما تعانى منها المجتمعات الغربية، لأن العمر الاجتماعى للظاهرة لديهم لا يمتد خلفا إلى أبعد من منتصف الستينات. وبالتالى فتكوين الظاهرة لدينا يختلف عن تكوين الظاهرة لديهم فى هذا البعد على الأقل. وثمة دليل آخر، وهو أن الفئات الاجتماعية التى انتشر بين أفرادها تعاطى القنب فى المجتمعات الغربية تختلف عن الفئات التى ينتشر بينها تعاطيه فى مصر[٣]، وقد أملى ذلك على علماء الغرب توجها معينا فى استنتاجاتهم التى أقاموها على ما توصلوا إليه فى بحوثهم وفى مقابل ذلك لدينا إملاءاتنا الخاصة بنا.

ومادام الواقع الاجتماعى يتدخل فى توجهات مستوى معين من الاستنتاج العلمى، وواقعنا الاجتماعى يختلف عن واقعهم فالراجح أن استيراد استنتاجاتهم لن يفى بحاجات واقعنا الاجتماعى. وبالتالى فلا طرح المشكلة واستكشاف أبعادها، ولا الاستنتاجات التى نقيمها على نتائج هذا الاستكشاف، لا شىء من هذا كله يبيح الاستيراد عن طريق باحث أو خبير أجنبى. هذا هو الدرس الأول.

والدرس الثانى الذى انتهينا إليه هو أننا، كباحثين وطنيين، إذا التزمنا بالقواعد المنهجية العامة للبحث العلمى، وعرفنا كيف نلائم بينها وبين المقتضيات التى تقتضيها نوعية مجال البحث فى تعاطى المخدرات، وعرفنا كيف نعرض أفكارنا وخطواتنا بالشكل التنظيمى واللغوى الذى تواضع عليه علماء العصر، إذا عرفنا ذلك والتزمنا به استطعنا أن نظفر باعتراف دوائر التخصص العلمى العالمية، وبترحيب هذه الدوائر، مما يظهر أثره فى قبول نشر تقارير البحث فى الدوريات المتخصصة[٤]، بل ويصل الاعتراف إلى مستوى استكتاب الباحث، ودعوته إلى

(*) Chronicity

تقديم خبرته فى المؤتمرات والمجالس ذات الصفة العالمية[٥]، وهو ما يعنى في مجموعه الاعتراف بإسهام هذا البحث فى تقدم المعرفة العلمية بوجه عام. وجدير بالذكر فى هذا الصدد أن جمهور العلماء فى العالم، كأى جمهور عريض، فيه كثير من الشوائب التى تعكر صفو النزاهة العلمية أحيانا، وتغلّب مشاعر التفوق الحضارى، بل والعنصرى أحيانا، على أحكام العقل المنهجى المنزه[٦]. لكن خبرتنا علمتنا أن جمهور العلماء يحتوى كذلك على أشخاص فضلاء يقترن عندهم العلم بالفضيلة، وحب الحقيقة بالتواضع، وبالعمل الشجاع على نشر المعرفة بها مهما يكن مصدرها[٧].

والدرس الثالث الذى وعيناه، هو أننا ما دمنا ندعى أننا نجرى بحثا علميا، فلا يجوز أن يعوقنا عن الوفاء بمقتضياته المنهجية أى عائق. يُشاع أحيانا كلام مؤداه أن اتباع الأصول المنهجية فى البحث ترف لا يقوى عليه الباحثون فى بلد نام مثل مصر، لأنه مكلّف فى الوقت والمال. وهو قول لا يزيد على أن يكون تبريرا للتسيب الفكرى، واختلال الضمير العلمى، وضعف الشعور بالمسئولية الاجتماعية للباحثين. ليس هناك اقتران ضرورى بين منهجية البحث وبين التكلفة العالية، سواء فى المال أو فى الوقت، لكن الإهدار الحقيقى للمال العام وللطاقة البشرية إنما يكون باجراء بحوث متسيبة لا تضبطها الموضوعية والدقة، لأننا لا نعرف فى نهاية الأمر إلى أى مدى تفسر الواقع وبالتالى تعين على وضع السياسات الملائمة لمجابهته بالوقاية أو العلاج. هناك طرق مشروعة لاختصار الإجراءات البحثية، ولإجرائها على عينات صغيرة لتوفير الوقت والمال، لكن الاختصار المعلن والمشروع شىء له قواعده المعروفة والمتداولة، أما التسيب فخيانة لأمانة العمل التى يأتمننا المجتمع عليها، وهى خيانة لا تجلب إلا الخسارة فى التطبيق، مقرونة بسوء السمعة للباحثين الوطنيين، على الصعيد المحلى والعالمى.

إن الوعى بهذا الدرس، والامتداد بمعانيه إلى ما وراء حدود المجال النوعى لتعاطى المخدرات، قد يكون بداية للسير قدما نحو تكوين ضمير علمى يحد شيئاً فشيئا من المغامرات غير المسئولة التى شاع أمرها فى مصر فى السنوات الأخيرة

تحت شعارات تعددت بتعدد ألوان الانتهازية التى تخفيها[٨].

والدرس الرابع الذى تعلمناه، خلاصته أنه لابد من التعاون بين الباحث أو فريق البحث وبين كثير من الجهات غير البحثية فى المجتمع، وأنه بدون هذا التعاون قد يتعذر إجراء الكثير من جوانب البحث. وأغلب الظن أن هذه الحقيقة ليست وقفا على البحث فى ميدان تعاطى المخدرات بل تتعداه إلى كثير من ميادين البحث النفسى الاجتماعى الأخرى[٩].

وعندما نعود بذاكرتنا إلى مراحل فى دراستنا للتعاطى أنجزناها في الستينيات المتأخرة، نعترف بصدق وأمانة بالفضل الكبير وبالدين الذى ندين به لعدد من الجهات فى الدولة فيما أنجزناه؛ ومن المناسب هنا أن نخص رجال مصلحة السجون، فقد فتحوا لنا أبواب السجون ومنحونا من ضمانات حرية الحركة فى سجون مصر جميعا ما أسهم بنصيب بالغ الأهمية فى تمكيننا من إنجاز بحث كبير على ٨٥٠ مسجونا محكوما عليهم فى قضايا التعاطى. وحوالى ٨٥٠ مسجونا آخر محكوما عليهم فى قضايا أخرى غير التعاطى اتخذناهم بمثابة مجموعة ضابطة، وقد اقتضى فحص كل مسجون على حدة مالا يقل عن ساعتين ونصف الساعة مع ضمان العزلة والسرية التامة لموقف الفحص الذى يجمع بين الفاحص والمفحوص وحدهما[١٠].

وعندما نعود بذاكرتنا إلى مراحل أخرى فى بحوثنا أنجزناها فى أواخر السبعينيات، نذكر بالعرفان تعاون سلطات وزارة التعليم معنا، مما جعل باستطاعتنا أن نجمع المعلومات اللازمة من عينتين من طلاب المدارس الثانوية العامة والفنية يبلغ حجم الأولى ٥٥٣٠ تلميذا، والثانية ٣٦٨٦ تلميذا، موزعين على فصول محددة فى مدارس بعينها، تنتشر فى أحياء ذات مواصفات خاصة فى القاهرة الكبرى[١١].

وثمة جهات أخرى لا يمكن إغفالها من هذه القائمة، ولكن ليس القصد هنا حصر من يدخل فى هذه القائمة، ومن يخرج منها، ما يهمنا هو تأكيد أهمية

التعاون هنا مع جهات فى المجتمع يغلب عليها الطابع التنفيذى، لأنه بدون تعاون هذه الجهات لا يمكن القيام بهذا النوع من البحوث الاجتماعية.

هذه الحقيقة تلقى مسئولية كبرى على الباحثين، وعلى تلك الجهات سواء بسواء، كما تلقى مسئولية لا يمكن إغفالها على جميع أجهزة المجتمع التى تسهم فى خلق المناخ الثقافى الذى يحيط بالباحثين وغير الباحثين على حد سواء. ولكن فى رأينا أن مسئولية الباحثين هنا بالغة الخطر، فلابد من أن يدخل فى مهاراتهم البحثية كيف يروّضون النفوس من حولهم بحيث ترتضى التعاون وترحب به، ولابد أن يستقر فى وعيهم أن جزءا مما يتسلحون به عندما يتقدمون إلى مهمة استثارة التعاون عند الغير هو حسن سمعة العلم والعلماء، وحسن سمعتهم العلمية بوجه خاص (كأشخاص وكمعاهد).

ثم نأتى إلى الدرس الخامس ومؤداه أن البحث العلمى فى مشكلة تعاطى المخدرات جزء من طريق طويل، لابد من أن ينتهى إلى «عمل فعلى» لتغيير الواقع، أى لحل مشكلة التعاطى والإدمان، إما بالتقليل من حجمها وحجم الأضرار الناجمة عنها، أو بالقضاء عليها. ولكى يتم هذا العمل لابد من تضافر قوى اجتماعية متعددة، تدخل فيها المكافحة الفعلية، والتشريع، والأجهزة التربوية والإعلامية. . . . . إلخ. ولهذا التصور على بساطته نتائج متعددة بالغة الأهمية منها أن البحث العلمى جزء محدود من السير فى طريق حل المشكلة، ومن ثم فلا يجوز أن يتسرب إلى تصور الباحثين ولا إلى تصور أجهزة التنفيذ فى الدولة إن اللجوء إلى الباحثين العلميين سوف ينتهى بطبيعته إلى القضاء على المشكلة دون جهود أخرى تالية، كأنما البحث تميمة سحرية. ومن ثم فلابد من التفكير فى كيفية الإفادة التطبيقية من نتائج البحوث، ليستفاد بها فى تعديل وترشيد السياسات العلاجية والوقائية، ذات الطابع التشريعى أو التربوى أو الإعلامى. . . . . إلخ وقد يقتضى الأمر هنا التنبه إلى أن هذه إحدى المشكلات المستعصية فى مجتمعنا.

والسؤال المهم هو كيف يمكن شق القنوات التى من شأنها أن تصل بين ينابيع البحث العلمى وحقول التنفيذ فى واقعنا الاجتماعى؟ ويقتضى الأمر هنا التفكير كذلك فى مدى مسئولية العلماء عن هذا التوصيل، وجودته أو ردائته، وبالمثل يحسن التفكير فى مدى مسئولية القيادات التنفيذية فى تيسير هذه المهمة أو في تعويقها.

وفى هذا المجال يطرح البعض الآن اقتراحا بانشاء ما يسمى «بالمجلس القومى لعلاج مشكلة تعاطى المخدرات»، ليكون بمثابة مصدر للطاقة ينشط فيحرك الآليات الاجتماعية المختلفة بأسلوب يكامل بين هذه الآليات بدلا من تبديد الطاقة بفعل عوامل الصراع والازدواج والإهدار. وسواء أفلح هذا أم احتاج الأمر إلى صيغة أخرى للوصول إلى الهدف المراد، فما نريد التنبيه إليه هو أن إجراء البحوث شيء وترجمة نتائجها إلى عناصر فى تحريك المجتمع نحو إجراءات علاجية ووقائية شيء آخر. وهبوط الهمة فيما يتعلق بالتطبيق الاجتماعى لا يعنى أن نقلل من شأن البحث العلمى الذى نقوم به، فقد يكون هذا البحث ذخيرة يستفاد بها فى المستقبل عندما تزول أو تتحسن ظروف محبطة للمجتمع، وقد يستفاد بها كجزء من التراث العلمى بوجه عام لا سيما فى الإجابة عن أسئلة تمس موضوع المقارنات الحضارية.

وقد استخلصنا كذلك درسا سادسا، تعلمنا منه أن مشكلة تعاطى المخدرات فى منظورها التاريخى متعددة الأوجه، فهى تكتسب أبعادا جديدة فى المراحل التاريخية المختلفة، فحتى أواخر الستينيات كانت أهم أبعاد المشكلة في مصر تتعلق بالمخدرات الطبيعية: القنب والأفيون. ولكن فى السبعينيات المبكرة بدأت العقاقير النفسية الدوائية تضيف بعدا جديدا إلى مشكلتنا، تشير إلى ذلك قوائم المضبوطات وأحجامها كما تنشرها الإدارة العامة للمكافحة، وتقارير الحالة التى تتفضل بها علينا هذه الإدارة كلما طلبناها. وتشير إلى ذلك أيضا سلسلة البحوث الوبائية التى بدأنا فى القيام بها منذ سنة ١٩٧٧. ففى عينة ممثلة لطلاب المدارس الثانوية العامة فى القاهرة الكبرى تبلغ ٥٥٣٠ طالبا تبين أن حوالى ٦٪ من أفراد

هذه العينة جربوا (ولو مرة واحدة)، وبطريقة أو بأخرى أن يتعاطوا أحد العقاقير الدوائية دون توجيه طبى. وفى عينة ممثلة لطلاب المدارس الثانوية الفنية فى القاهرة الكبرى أيضا تبين لنا أن حوالى ٥٪ من التلاميذ فعلوا الشيء نفسه. ولا يخفى أننا هنا بصدد شباب صغار السن، متوسط العمر فيهم حوالى ١٧ سنة، وأنهم يمثلون المادة البشرية الخام التى يصوغ منها المجتمع قياداته المهنية والإدارية والفنية فى المستقبل. والمهم أن هذا الوجه جديد علينا كما هو جديد على العالم، وأنه آخذ فى النمو المطرد عندنا وعند كثير من الأمم. ويبدو أننا مقبلون كذلك على بعد آخر جديد للمشكلة، وهو البعد الخاص بتعاطى الكحوليات، ففى العينة الأولى (عينة طلاب المدارس الثانوية) وجدنا حوالى ٤٣٪، وفى العينة الثانية حوالى ٣٣٪، هؤلاء جربوا أن يتعاطوا إحدى المواد الكحولية.

وفى رأينا أن الاستفادة العملية من هذا الدرس تقتضى التبشير بتصور جديد لما يمكن أن يسمى «بالبحث الدائم» أو «البحث الدورى»، يرصد الصورة الوبائية للتعاطى كل فترة محدودة، ويتتبع ما تكشف عنه الصور المتتالية من اتجاهات للظاهرة مما قد يساعد على فهم كثير من الجوانب الغامضة لمشكلة التعاطى، وربما على التنبؤ بمسارها فى المستقبل القريب.

واستخلصنا أيضا درساً سابعا، نستطيع بمقتضاه أن نقرر أن للمشكلة أبعادا ظاهرة تتعلق بالتعاطى والمتعاطين بالفعل، لكن لها أبعادا أخرى خفية تتعلق بغير المتعاطين ممن لديهم الاستعداد النفسى والمؤهلات الديموجرافية لأن يتعاطوا إذا سمحت الفرصة بذلك. هؤلاء جميعا نسميهم «المستهدفين» أو المجموعات الهشة(*). وهؤلاء أنواع منوعة، وقد وجدنا من هؤلاء فى دراستنا الوبائية نسبة لا يستهان بها تبلغ حوالى ١٠٪ من الطلاب غير المتعاطين يقررون (بدرجة عالية من الثبات) أنهم على استعداد للتعاطى إذا أتيحت لهم الفرصة.

أما القيمة العملية لمعرفة حجم هؤلاء المستهدفين فتبدو فى ضرورة الاهتمام بحسن التخطيط للبرامج الوقائية، وخاصة ما يعرف بالوقاية من الدرجة الأولى(*).

(*) Vulnerable

(*) Primary Prevention

والدرس الثامن والأخير، ما رأيناه من وجه مأساوى للمشكلة، يتمثل فى أن نسبة كبيرة ممن يبدأون التعاطى من الشباب، يبدأونه كضحايا لعمليات ضغط مباشر، وترويض ملح يمارسه عليهم أشخاص معينون، وهؤلاء الضحايا لا يستطيعون الفكاك من تأثيرهم.

فبين من جربوا التعاطى من عينة المدارس الثانوية العامة كانت النسب لمن دُفعوا دفعا إلى هذا التجريب، وذلك بطرق تتراوح بين التشجيع والتهديد: ٥٥٪ بالنسبة للأدوية، و٩٠٪ بالنسبة للحشيش والأفيون، و٨٠٪ بالنسبة للكحوليات. يناظر ذلك فى عينة طلاب المدارس الثانوية الفنية ٥٣٪، و٨٨٪، و٧٨٪ على التوالى.

وربما كانت لهذا الدرس دلالات بالغة الأهمية، فقد يوحى بسياسات وقائية متبصرة بما يتعرض لها الشباب، وقد يوحى بتعديلات تشريعية فى المستقبل، بل وبإعادة النظر فى فلسفة القانون كما يطبق على المتعاطى، هل من الملائم هنا أن تظل الفكرة المسيطرة هى فلسفة الردع؟ وفى هذه الحالة ردع من؟ ردع الضحية؟ أم الأولى ردع الجانى؟.

هذه هى بعض الدروس التى استخلصناها: ضرورة أن يكون الباحثون فى هذا الميدان وطنيين لا خبراء أجانب، وإمكان الاعتراف العالمى ببحوثنا الوطنية إذا توفرت لدينا شروط الانضباط المنهجى، وأن هذا الانضباط لا يقترن حتما بكثرة النفقة فى المال ولا فى الوقت، وأنه لا غنى عن التعاون بين الباحث فى هذا الميدان وبين جهات غير بحثية حتى يمكن إنجاز الدراسات المرجوة، وأنه بعد البحث لابد من تضافر القوى الاجتماعية المختلفة لكى تستغل نتائج البحث فى التطبيق، وأن مشكلة التعاطى تكتسب أبعادا مختلفة فى المراحل التاريخية المختلفة وبالتالى فلابد من التبشير بمفهوم «البحث الدائم» أو «الدورى»، وأن بعض أبعاد المشكلة ظاهرة وبعضها خفى وبالتالى لابد من التنبه إلى الفرق بين

الحجم الظاهر والحجم الخفى لجمهور المتعاطين، وفى نهاية المطاف يجب علينا ألا نغفل الوجه المأساوى لموضوع التعاطى وهو أن نسبة كبيرة من بين المتعاطين دفعوا دفعا إلى هذه الممارسة وكانت حرية الاختيار المتروكة لهم تتفاوت فى أقدارها على أساس التناسب العكسى مع أحجام الضغوط التى يتعرضون لها.

هذه الدروس وغيرها، تقدم لنا صورة مصغرة، ولكنها صادقة، للخبرة، والرؤية، والتوجه كما نعايشها الآن، ونعمل بمقتضاها نحن العاملون فى هيئة البرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات بالمركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

تعليقات تفصيلية على مادة هذا الفصل:

١ ـ فى الوقت الذى أعددنا فيه هذا الحديث كان الجو العلمى فى مصر يموج بالحديث عن البحوث العلمية المشتركة، أى التى يشترك فى إجرائها في مصر عدد من الباحثين المصريين والباحثين الأجانب. وكانت ثمة تساؤلات كثيرة مطروحة حول ما يمكن أن يؤدى إليه هذا الاشتراك من تجاوزات لمقتضيات الموضوعية والأخلاقية فى إجراءات البحث، وما يمكن أن يترتب على ذلك من آثار قريبة وبعيدة فى تشكيل فكر الباحث المصرى وولائه الوطنى وقيمه بوجه عام. وكانت «الأهرام الاقتصادى» من أكثر الصحف اهتماما بمناقشة هذا الموضوع، وخاصة طوال شهرى أكتوبر ونوفمبر سنة ١٩٨٢. كما نشرت أكاديمية البحث العلمى (على لسان رئيسها) رأيها فى هذا الموضوع، وذلك فى جريدة الأهرام بتاريخ أول نوفمبر سنة ١٩٨٢.

٢ ـ عندما بدأنا مشروع البحث، فى أوائل نوفمبر سنة ١٩٥٧، كان الاهتمام بالدراسة العلمية للعوامل المؤدية إلى الآثار المترتبة على تعاطى القنب (الحشيش) اهتماما محدوداً جدا فى الدوائر العلمية الأوروبية والأمريكية. وبالتالى كان إدراكنا للمشكلة وأبعادها يكاد أن يكون مملى إملاء تاما من خلال ظروفنا المحلية وقدراتنا ووسائلنا العلمية المتاحة. ولكن بدءا من منتصف الستينيات أخذ المشهد العالمى يتغير، وفى أواخر

الستينيات كان المعنيون فى أوروبا وأمريكا وفى هيئة الصحة العالمية (فى جنيف) يتكلمون عن انتشار وبائى لتعاطى القنب بين فئات الشباب لديهم وخاصة أبناء وبنات الطبقة المتوسطة بهوامشها المختلفة، وبذلك تكون المشكلة قد أصبحت عالمية. إلا أن الصورة المحلية ظلت مختلفة اختلافا واضحا عن الصورة العالمية.

٣ ـ ورد فى عدد من البحوث الوبائية التى أجريت فى الولايات المتحدة وفى كندا ما يشير إلى أن معظم انتشار تعاطى القنب بين الشباب البيض من أبناء الطبقة المتوسطة، وخاصة المتوسطة العليا. وهو ما يخالف الصورة لدينا فى مصر. ففى مصر رغم أن الانتشار يشمل جميع فئات الشباب الذكور، رغم ذلك فإننا نجده أشد كثافة فى الشباب الذكور من أبناء الطبقة العاملة (الحرفيين والصناعيين). كذلك تبين فى كثير من الدراسات الوبائية الأمريكية والكندية أن الانتشار قائم بين الذكور والإناث بنسبة ٢ : ١، كذلك توحى مؤشرات كثيرة بأن الوضع كان على هذا النحو فى غرب أوروبا (خاصة فى ألمانيا الغربية وهولنده) فى أواخر الستينيات وأوائل السبعينيات. وهذه الصورة تختلف أيضا عن الصورة فى مصر؛ فالمؤشرات تكاد تجمع على أن معظم الانتشار لدينا كان ولا يزال بين الذكور وأن كنا نعلم أن أعدادا محدودة جدا من الفتيات من بنات الطبقة المتوسطة العليا تعاطين القنب على سبيل التجريب.

٤ ـ جدير بالذكر أن جميع تقارير البحث (فيما عدا التقريرين الأول والثانى اللذين نشرا فى مصر بالعربية) نشرت فى عدد من الدوريات الأوروبية والأمريكية، وهى:

1 - Bulletin on Narcotics

الصادرة عن الأمم المتحدة باشراف هيئة الصحة العالمية.

2 - Annals of the New York Academy of Sciences.

3 - Drug and Alcohol Dependence.

وتبلغ هذه التقارير حوالى خمسة عشر تقريرا. والجدير بالذكر أن عددا كبيرا من هذه

التقارير نشر بدعوة خاصة من العلماء المشرفين على تحرير هذه الدوريات.

٥ ـ جدير بالذكر أننا دعينا، بناء على ما نشرناه من بحوث، إلى الإسهام فيما لا يقل عن عشرين اجتماعا دوليا، وفى معظم هذه الاجتماعات كان الإسهام المطلوب إلقاء بحث من واقع المشروع المصرى. وجدير بالذكر أيضا أن هذا الطريق نفسه أدى إلى دعوتنا كعضو دائم فى هيئة خبراء الاعتماد على المخدرات، التابعة لهيئة الصحة العالمية، وذلك بدءًا من مايو سنة ١٩٧١، ولاتزال هذه العضوية قائمة تطلب هيئة الصحة العالمية تجديدها كل سنتين.

٦ ـ صادفتنا أمثلة على هذا الطراز من الباحثين. نذكر من بينهم على سبيل التوثيق (حتى لا يظل الحديث من قبيل الكلمات الشائعة الجوفاء) هازلتون S.Hasleton، وذلك أثناء اجتماع علمى محدود فى لندن فى أواخر ابريل ١٩٧٤ نظمته مؤسسة سيبا الدوائية. وكان هازلتون مدعوا من قسم علم النفس بجامعة سيدنى بأستراليا. ونذكر كذلك روزنكرانتس H. Rosenkrantz وذلك أثناء اجتماع علمى عقد فى تورنتو بكندا تحت رعاية مؤسسة بحوث الإدمان بالتعاون مع هيئة الصحة العالمية (Addiction Research Foundation/ WHO) وذلك فى المدة من ٣٠ مارس إلى ٣ ابريل سنة ١٩٨١. وكان روزنكرانتس مدعوا من قسم الفارماكولوجيا Eg & g Mason Research Institute فى وركستر بمساشوستس فى الولايات المتحدة. ونذكر أيضا ويج N.N.Wig وذلك أثناء عدد من اجتماعات الصحة العالمية فى جنيف، وخاصة الاجتماع العلمى المحدود المنعقد فى جنيف فى ديسمبر سنة ١٩٧٠. وكان ويج مدعوا من معهد الدراسات العليا للتعليم والبحوث الطبية فى شانديجار فى الهند.

٧ ـ التقينا بعدد كبير من هذا النوع من الباحثين. نذكر من بينهم: باتون W.D.M. Paton أستاذ الفارماكولوجيا فى جامعة أكسفورد بانجلترا، التقينا به فى أكثر من اجتماع، منها اجتماع لندن المذكور فى البند السابق، وكذلك أثناء إدلائنا بالشهادة العلمية أمام احدى لجان الكونجرس الأمريكى فى شهر مايو سنة ١٩٧٤. وهاردن جونز H.B.

Jones وكان أستاذا للفيزيولوجيا بجامعة كاليفورنيا ـ باركلى، التقينا به فى اجتماع الإدلاء بالشهادة العلمية أمام الكونجرس الأمريكي. وفورست تنانت F.S. Tennant من جامعة كاليفورنيا ـ لوس أنجلوس، وجابرييل نحاس G. Naahas من كلية الطب بجامعة كولومبيا فى نيويورك. وهارولد كالانت H. Callant من مؤسسة بحوث الإدمان فى تورنتو بكندا. وريز جونز R.T. Jones أستاذ الطب النفسى بجامعة كاليفورنيا ـ لوس أنجلوس.

٨ ـ التسيب المنهجى شيء والتزييف العلمى شيء آخر تماما. التزييف هو ادعاء الوصول إلى مشاهدات حيث لا مشاهدات، أو ادعاء العثور على وقائع حيث لا وقائع. ونحن لا نشير إلى هذا المستوى من الفساد. أما التسيب المنهجى فالمقصود به الاتباع الجزئى لقاعدة أو لقواعد منهجية دون التقيد ببقية أجزاء القاعدة أو بالقواعد المكّملة لها. ويمكن لهذا التسيب أن يحدث فى أي مرحلة من مراحل البحث، ابتداء من صياغة الفروض مع ما تقتضيه من أن تكون قابلة للاختبار، إلى تجميع المشاهدات ومراعاة أن تكون محققة لشروط انتخاب العينات، واختيار الأدوات التى يستخدمها الباحث والتأكد من دقتها وصلاحيتها، إلى تطبيق طرق التحليل الإحصائى أو الرياضى المناسبة، مع مراعاة القواعد التى تضمن سلامة تطبيق هذه الطرق، إلى التعقيب على نتائج هذه التحليلات بما يحمّلها من المعانى ما هى مؤهلة له لا أكثر ولا أقل.

وقد رأينا من خلال معايشتنا للبحث والباحثين أن التسيب يكون أحيانا ناتجا عن جهل بقواعد المنهج، لكنه يكون أحيانا أخرى ناتجا عن تجاهل لها. ومما يؤسف له أن المناخ الاجتماعى السائد فى مصر فى الفترة الراهنة ينطوى على عناصر كثيرة تيسر التسيب للمتسيبين. وتدخل دراسة هذا الموضوع فى باب اجتماعيات البحث العلمى وأخلاقياته. والرسائل العلمية الجامعية، وما يدور فى لجان الامتحان فيها من مناقشات، والبحوث التى تقدم إلى اللجان العلمية الدائمة للترقى فى الجامعات، وما يدور داخل هذه اللجان من نقاش وما يقدم إليها من تقارير تعتبر جميعا وثائق بالغة الأهمية لمن أراد الدراسة الموضوعية لهذه الظاهرة الخطيرة.

٩ ـ هذه حقيقة لابد للباحثين فى العلوم النفسية والاجتماعية من أن يتنبهوا لها، ماداموا مضطرين لإجراء بحوثهم الميدانية (البحتة والتطبيقية) على فئات أو قطاعات من أبناء المجتمع. إذ يلزمهم عندئذ أن ينفذوا إلى هذه الفئات أو القطاعات خلال قنوات محددة (مثال ذلك: التلاميذ ننفذ إليهم من خلال مدارسهم، والمرضى من خلال المستشفيات والعيادات، والعمال من خلال تجمعاتهم فى المصانع، والشباب من خلال النوادى... إلخ)، ومن الحكمة أن يكون الباحث على استعداد منذ وقت مبكر لأن ينفذ من خلال هذه القنوات، أى أن يكون لديه رصيد من المعلومات والعلاقات الإنسانية التى يستخدمها كمفاتيح لهذه القنوات. وجدير بالذكر أن هذه المفاتيح متفاوتة فى كفاءتها، وربما كان أقلها شأنا المفاتيح ذات الطابع الرسمى أو البيروقراطى البحت، فى حين أن أعلاها كفاءة ما استند إلى العلاقات الإنسانية غير الرسمية بالإضافة إلى الاعتماد على السلطة البيروقراطية.

١٠ ـ انظر فى هذا الصدد الفصول ٢و ٤و ٧و ٨و ١٠ من المرجع الآتى:

Soueif, M. I., El - Sayed, A.M., Darweesh, Z.A. and Hannourah, M.A.(1980) *The Egyption study of chronic cannabis consumption,* Cairo: National Center for Social and Criminological Research,.

١١ ـ انظر فى هذا الشأن:

Soueif, M. I., El - Sayed A.M., Hannourah, M.A. & Darweesh, Z.A (1980). The nonmedical use of psychoactive substances among male secondary school students in Egypt: An epidemiological study, *Drug & Alcohol Dependence*, 5, 235 - 238. (A preliminary report).

Soueif, M. I., et al. (1982) The extent of nonmedical use of psychoactive substances among secondary school students in greater cairo, *Drug & Alcohol dependence* 9, 15 - 41.

Soueif, M. I., et al. (1982) The nonmedical use of psychoactive substances by male technical school students in grater cairo: An epidemiological study, *Drug & Alcohol Dependence,* 10, 321 - 331.

الفصل السادس

علاج الإدمان

الخبرة المصرية فى إطارها الحضارى (*)

مقدمة:

بغض النظر عن الجهود العلاجية التى يقوم بها عدد من المعالجين الأفراد فى عياداتهم أو فى مستشفياتهم الخاصة، فإن الجهود العلاجية للإدمان على المخدرات، التى قامت فى مصر خلال نصف القرن الأخير، والتى يمكن أن توصف بكبر الحجم والانتظام فى إطار برنامج علمى محدد، جهود محدودة جدا. ولكى نقدم للقارىء صورة واضحة لهذه المحاولات، مع عناية خاصة ببيان كيفية الإفادة فيها من بعض العناصر المميزة لثقافة المجتمع المصرى ربما يكون من المفيد أن نبدأ هذا المقال بعرض موجز لمقومات موقف المخدرات فى مصر. فإذا انتقلنا بعد ذلك إلى الحديث عن الجهود العلاجية جاء حديثنا ذا معنى فى ضوء المقومات المشار إليها، والفلسفة الاجتماعية السائدة التى تحدد كيف ينظر المواطن المصرى العادى (من غير المتعاطين) إلى متعاطى المخدرات.

مقومات موقف المخدرات فى مصر

١ - ينتشر تعاطى المخدرات الطبيعية (القنب والأفيون بوجه خاص) فى مصر منذ مئات السنين. ويروى المؤرخون العرب المحدثون أن زراعة القنب عرفت فى مصر منذ منتصف القرن الثانى عشر الميلادى، أثناء حكم الدولة الأيوبية، وقد جاء ذلك مواكبا لنزوح كثير من أتباع الفرق الصوفية إلى مصر قادمة من سوريا فى أعقاب جيوش صلاح الدين الأيوبى. (Soueif 1972)، وعندما

(*) المجلة الاجتماعية القومية، ١٩٩٠.

جاء إدوارد لين E.Lane إلى مصر فى أوائل القرن التاسع عشر ليكتب مؤلفه الشهير «**عادات المصريين المحدثين وتقاليدهم**» وجد تعاطى القنب والأفيون منتشرا بين المواطنين المصريين، إلا أن انتشار الأفيون كان أقل من انتشار القنب (Lane 1895) وجدير بالذكر أن قدرا ملحوظا من الأدب الشعبى المصرى يدور حول موضوعات مستمدة من عالم المخدرات. كما أن قواعد التعاطى المتعارف عليها بين المتعاطين محددة تحديدا لا لبس فيه (Soueif 1967). ومع ذلك فهذا لا يعنى أن تعاطى المخدرات مقبول داخل شرائح المجتمع المصرى جميعا، ولكنه يعنى فقط أنه قديم وراسخ.

٢ ـ ينتشر تعاطى المخدرات الطبيعية، بين الذكور المصريين وقلما نجده بين الإناث. كان هذا فى الماضى ولايزال فى الحاضر رغم كثير من الشائعات التى لا تستند إلى أساس بحثى. ففى دراسة ميدانية كبيرة أجريناها فى سنة ١٩٦٧ على جميع نزلاء السجون المصرية فى جميع أنحاء الجمهورية المحكوم عليهم بتهمة تعاطى الحشيش وجدنا ٨٥٠ رجلا فى مقابل ٣٠ امرأة فحسب هم مجموع من تلقوا هذه الأحكام (Soueif 1971). وتعنى هذه الحقيقة اختلافا كبيرا بين وضع المخدرات فى مصر ووضعها فى الغرب. ففى عدد من الدراسات الإبيديميولوجية التى أجريت فى الولايات المتحدة وكندا تبين أن نسبة الذكور المتعاطين للقنب إلى الإناث المتعاطيات كنسبة ٢ : ١.

٣ ـ يلاحظ أن تعاطى الأفيون أقل انتشاراً من تعاطى القنب. وفى أحد بحوثنا الميدانية المنشورة فى السبعينيات قدرنا هذه النسبة بين متعاطى الأفيون ومتعاطى القنب المنتظمين بما يقرب من ١ : ٣ وثمة دلائل تشير إلى أن هذه النسبة لاتزال ثابتة على حالها فى أواخر الثمانينيات، وأنها أقل من ذلك بكثير فى حالة الشباب الذين لم يتخطوا بعد مرحلة تجريب تعاطى المخدرات الطبيعية (إذ لا تزيد النسبة بينهم عن ١ : ١٠).

٤ ـ الذين يتعاطون المورفين أقل كثيرا ممن يتعاطون الأفيون.

٥ ـ بدأ تعاطى الهيروين فى الظهور مع أوائل الثمانينيات، وبوجه خاص منذ سنة ١٩٨٤ حين بدأ يظهر بشكل متواتر فى التقرير السنوى الصادر عن الإدارة العامة لمكافحة المخدرات. غير أنه لايزال محصورا فى شرائح محدودة جدا رغم ضخامة الضجة الإعلامية المثارة حوله. وربما كان مرجع هذا التفاوت إلى أن الشريحة التى تعرضت لصدمة الإصابة فى أبنائها أعلى صوتا من غيرها من شرائح المجتمع.

٦ ـ كذلك بدأ تعاطى الكوكايين فى الظهور فى وقت مقارب لظهور تعاطى الهيروين. إلا أن كثيرا من الدلائل تشير إلى أن هذا التعاطى محصور فى دائرة أضيق بكثير من دائرة تعاطى الهيروين. وربما كان العامل المشترك فى الحالين هو الارتفاع الشديد فى ثمن كل من المخدرين بالنسبة للقدرات الشرائية المتعاملة فى سوق المخدرات فى مصر.

٧ ـ بدأ تعاطى المواد النفسية المخلقة (الأدوية المؤثرة فى الأعصاب، ومنها المنومات والمنشطات والملطفات الصغرى) يظهر بشكل ملحوظ فى أوائل السبعينيات (Soueif 1982a, 1982b). وتشير كثير من الدلائل إلى أن انتشار تعاطى هذه المواد لايزال أقل بكثير من انتشار تعاطى القنب.

٨ ـ تشير دراساتنا الميدانية الحديثة إلى أن شرب الكحوليات فى طريقه إلى التزايد، وأنه حتى فى الوقت الراهن يفوق بكثير انتشار تعاطى المخدرات الطبيعية والمواد المخلقة على السواء، (Soueif et al. 1982' 1987' 1988' 1990) مما ينبىء، إذا سارت الأمور على ما هى عليه، بأن مصر ستعانى فى القريب مزيدا من مشكلات الصحة العامة والمشكلات الاجتماعية المرتبطة بتعاطى الكحوليات.

هنا، فى هذا الموضع، يلزمنا أن نقدم تعقيبا له دلالته. فالعناصر التى ذكرناها كمقومات مميزة لموقف المخدرات فى مصر، تشير إلى أن هذا الموقف يختلف عن مشهد المخدرات فى الغرب. وهذا يتطلب الحذر الشديد عند التعقيب على نتائج

البحوث المصرية، خاصة إذا كان المعقب يحمل في ذهنه نماذج مستمدة من مشاهد المخدرات فى المجتمعات الغربية. ولا يعنى ذلك أننا نبشر بدعاوى العزلة الثقافية الشديدة. إنما نحن نحذر من التعليقات التى إذا امتحنت عن قرب تبين أنها من وحى مسلّمات حضارية غربية المنشأ. وعلاج هذا الخطر الذى يتهدد القيمة العلمية لأى نقاش فى هذا الصدد إنما يكون بالكشف عن هذه المسلّمات صراحة حتى يتيسر مواجهتها بالحس النقدى اللازم.

الجهود العلاجية

جاء فى أول تقرير سنوى صادر عن المكتب المركزى المصرى لمكافحة المخدرات، وكان ذلك فى سنة ١٩٢٩ أن مشكلة إدمان المخدرات تحتاج إلى الدراسة المتأنية. وقد اقترح التقرير فى هذا الصدد عددا من «الموضوعات لكى تتناولها مناقشات بالغة الجدية يتولاها رجال القانون والطب وعلم النفس» (Soueif 1967; CNIB 1929) وفى سنة ١٩٦٠ ظهرت البوادر الأولى لما تبشر به هذه النظرة العلمية المستنيرة، فقد نص فى القانون ١٨٢ لسنة ١٩٦٠ على أن الدعوى الجنائية لا تقام ضد المدمنين الذين يتقدمون من تلقاء أنفسهم بطلب العلاج فى إحدى مصحات الدولة. وجاء فى القانون، بالإضافة إلى ذلك، أنه فى بعض الأحوال يجوز للمحكمة أن تحكم على المدمن الذى يحاكم جزاء على إدمانه، بالعلاج الإجبارى فى إحدى مصحات الدولة بدلا من أن تحكم عليه بالسجن (وفى هذه الأحوال لا يجوز للمدمن أن يغادر المصحة قبل مضى ستة شهور على إيداعه، ولا أن يبقى فيها مدة تزيد على سنتين، وذلك حسبما تقرر لجنة تشكل لهذا الغرض) ونتيجة لوجود هذا النص فى القانون فقد أنشىء آنذاك عنبر خاص ملحق بمستشفى الخانكة للأمراض النفسية، وذلك لعلاج حالات الإدمان. وقد لقى هذا النص القانونى فى بداية الأمر ترحيب الأخصائيين والمواطنين على حد سواء؛ فقد اعتبروه خطوة إلى الأمام، نحو المعالجة المتحضرة لمشكلة الإدمان. إلا أن هذا التفاؤل لم يلبث أن تراجع. فالبرنامج العلاجى لم يتضمن أى شيء مميز له، إذ كان يحتوى على جزئين أساسيين، هما:

١ ـ خطوة إزالة سموم المخدرات من البدن.

٢ ـ برنامج للعلاج بالعمل.

وشيئا فشيئا انطفأ الحماس المبكر وتحول إلى شعور بخيبة الأمل. وفى الوقت الراهن ينظر إلى هذه الخبرة برمتها بقدر كبير من التحفظ. أما أسباب هذا التحفظ فمتعددة، ومن ثم فمن الممكن الخروج بعدد من الدروس النافعة إذا صح العزم على الانتفاع، وإذا ما أعدنا النظر فى بعض تلك الأسباب:

فأولا، كان المقر المادى لتلقى هذه الخدمة جزءا من مستشفى للأمراض النفسية ولصيقًا بها. وكان من شأن هذا الوضع وحده أن ييسر (فى عقول الناس ووجداناتهم) الامتداد بوصمة المرض العقلى لتشمل الخدمة العلاجية الجديدة. وجدير بالذكر أن هذه الوصمة قائمة فى نفوس قطاعات عريضة من المجتمع، أردنا ذلك نحن أهل الاختصاص أم لم نرد وأسفنا له أم لم نأسف. وهى متمكنة من النفوس ولاسيما حيث تشيع الأمية مقرونة بالفقر والتخلف.

وثانيا، تبقى أمامنا حقيقة كائنة مؤداها أن القرار الذى اتخذ بتخصيص هذا الموقع لهذه الخدمة صدر فى بداية الأمر على أساس أنه قرار مؤقت وذلك بهدف التعجيل بتقديم الخدمة للمحتاجين إليها. وكان هذا سببا كافيا لأن يؤجل كل من بيدهم الأمر إتخاذ أى خطوة حاسمة نحو وضع برامج تدريبية متخصصة لهيئة التطبيب والتمريض بكاملها. ولكن، لأسباب لا حصر لها، تحول الحل المؤقت إلى حل دائم. أما عن المضمون العلاجى للخدمة نفسها، فإذا نحينا جانبا إجراءات التخليص الفيزيولوجى للجسم من سموم المخدرات (وهو يأتى مؤسسا على ما يسمى بالتصور الطبى التقليدى للعلاج)، نقول إذا نحينا هذا الجزء جانبا، فلم يكن لدى أى من العاملين فى الميدان حينئذ أية فكرة عن إجراءات العلاج النفسى والتأهيل التى لابد من توفرها فى هذه البرامج. وبالتالى فقد كان عدم توفر الخبرة العلمية اللازمة للأخصائيين العاملين فى المكان مصدرا رئيسيا لشعورهم وشعور المدمنين النزلاء أنفسهم بالإحباط. ولم يكن فى العلاج بالعمل

ما ينقذ الموقف. «فالعلاج بالعمل» كما يمارس فى المكان فعلا إجراء غير محدد المعالم، وكان موجودا فى المكان فعلا قبل إدخال هذه الخدمة الجديدة. كان موجودا كجزء من روتينيات العلاج التى يتلقاها بعض المرضى الذهانيين المزمنين، ولم يحدث أن أدخل عليه أى تعديل بما يجعله مناسبا لعلاج المدمنين، بل ولا أثير هذا السؤال بين أفراد الفريق العلاجى حينئذ.

وثالثا، كان هناك عنصر معين فى إجراءات الدخول لتلقى هذه الخدمة، وكذلك فى إجراءات الخروج، جعل الموقف كله ثقيلا على نفوس المدمنين والمعالجين جميعا. فتصريحات الدخول والخروج التى تعطى للمدمنين لتلقى العلاج وللانصراف عنه كانت الأوامر الإدارية تقضى بالتبليغ عنها للشرطة فى كل حالة حتى فى حالات المتطوعين الذين لم يقبض عليهم أصلا ولا أقيمت الدعوى الجنائية ضدهم. علما بأن هذا الإجراء لم ينص عليه صراحة فى مواد القانون المشار إليه. وقد أشاع هذا الإجراء جوا مقبضا خيم على الجميع، العاملين والمرضى على حد سواء؛ فأما أعضاء الهيئة الطبية فقد أحدث بينهم نوعا من البلبلة الفكرية فيما يتعلق بالولاء لأخلاقيات المهنة وبالتالى فيما يتعلق بهويتهم المهنية وما قد تتعرض له من تلوث أو مهانة. وجدير بالذكر أن الحفاظ على سرية المعلومات الطبية التى يحصل عليها الطبيب من المريض تأتى على رأس قائمة التزاماته الأخلاقية وقد أقسم اليمين على صيانتها؛ هذا عن الأطباء. أما المدمنون المتطوعون فقد أشاع بينهم التوجس من عواقب هذا الإجراء على مستقبلهم.

ورابعا وأخيرا كان هناك عامل الاقتراب المكانى لعنبر المدمنين من عنابر المرضى النفسيين من غير المدمنين؛ فقد أتاح هذا الاقتراب نفسه فرصة النقل غير المشروع (أو التهريب) لأنواع كثيرة من المواد النفسية الدوائية إلى المدمنين فكان فى ذلك إغراء لبعضهم أن يقدم على مغامرات جديدة فى ميدان التعاطى مما خلق مشكلات جديدة كان الجميع فى غنى عنها. وعلى سبيل المثال فقد تبين أن بعض المدمنين بدأوا يجربون تعاطى المليريل عن طريق الشم.

تجربة جديدة

فى أوائل الثمانينيات شاركنا فى دراسة تجريبية كانت تهدف إلى إلقاء الضوء على دور العلاج النفسى الجماعى مقرونا بالوعظ الدينى فى علاج مدمنى الأفيون. وفى هذه الدراسة كان الدكتور جمال ماضى أبو العزايم هو الباحث الرئيسى، وكان الدكتور زين العابدين درويش هو المشرف على تنفيذ إجراءات البحث والمنسق بينها. وكان كاتب هذه السطور هو المستشار العلمى للبحث، وكانت التجربة نفسها يتم إجراؤها فى عيادتين نفسيتين بمدينة القاهرة، وهما عيادتان خارجيتان غير حكوميتين (إحداهما فى العتبة الخضراء والأخرى فى حى السيدة زينب). وكان التمويل يأتى من المعهد القومى لبحوث تعاطى المخدرات فى واشنطن، وكان المشروع كله تحت رعاية هيئة الصحة العالمية. وفيما يلى وصف ومناقشة لخطوات التجربة.

روعى فى تصميم التجربة أن يكون من النوع المعروف باسم «تصميم التعمية المزدوجة»، للمقارنة بين فاعلية مضادات الاكتئاب مع جرعة محدودة من الأنسولين إذا اقترنا بالعلاج الجماعى، فى مقابل إعطائهما بدون علاج جماعى، للعلاج من إدمان الأفيون. وقد اختيرت مضادات الاكتئاب والأنسولين بوحى من ملاحظات إكلينيكية (استطلاعية) جمعها الباحث الرئيسى على مرضاه من مدمنى الأفيون من أنهم غالبا ما كانوا يعانون من اضطرابات اكتئابية مصحوبة بالهزال ونقصان وزن الجسم. على أن الذى يعنينا هنا هو إدخال عنصر العلاج الجماعى والوعظ الدينى فى هذه التجربة. وقد صممت جلسات العلاج الجماعى بحيث تشمل الجلسة الواحدة ما بين ١٠ ـ ١٥ شخصا من المدمنين يجتمعون بصحبة الطبيب النفسى والإخصائى الاجتماعى وأحد رجال الدين الإسلامى. وتستمر الجلسة فى العادة ما يتراوح بين ٩٠ ـ ١٢٠ دقيقة. وكانت القاعدة المتبعة فى إدارة هذه الجلسات أن يتاح لكل عضو فيها فرصة للاشتراك فى المناقشات التى تدور حول المشكلات المرتبطة بتعاطى الأفيون؛ مثال ذلك مشكلات العلاقات الإنسانية عامة، والمشكلات الاجتماعية، والاقتصادية، والمهنية ومشكلات الحياة

الزوجية.... الخ. وفيما يتعلق بقيادة الجلسة فقد انعقد اتفاق الفريق العلاجى على نوع من تقسيم العمل بين الطبيب والأخصائى الاجتماعى. أما رجل الدين فكانت مهمته محددة بطبيعتها، إذ كان دوره يتمثل فى إبداء وجهة النظر الدينية فى تعاطى المخدرات بوجه عام.

وجدير بالذكر أنه فيما يتعلق بالدين، وبتعاليم الدين الإسلامى بوجه خاص هناك عدد من المسلمات التى يستمسك بها رجال الدين وغالبية المواطنين المسلمين وفيما يلى بعض هذه المسلمات:

١ ـ أن الكحوليات محرمة قطعا، وذلك بنص صريح وارد فى القرآن الكريم (Dixon 1972) (سورة المائدة، الآية ٩٠).

٢ ـ يستند تبرير التحريم إلى الآثار النفسية العصبية للخمر، وهى الآثار التى تنتهى بالمرء إلى إفساد قدرته على الحكم.

٣ـ ولما كان تعاطى الأفيون إنما يتم طلبا لآثاره النفسية العصبية، فهو محرم بالضرورة، قياسا على الخمر.

٤ ـ لما كانت المشاعر الدينية قوية عند المسلمين، فالتصور الشائع هو أن ما يحتاج إليه مدمن الأفيون الذى يدين بالإسلام هو أن يعرف أن التعاطى إثم أو خطيئة. فهذا سوف يثنيه عن الاستمرار فى التعاطى.

هذه مسلمات يبدأ منها (صراحة أحيانا وضمنيا أحيانا أخرى) كثير من رجال الدين والكتّاب والمواطنين المسلمين بوجه عام. وهى قد تدل على تمكن العقيدة الدينية من نفوسهم. ولكن هذا لا يعنى بالضرورة أن يصدق التنبؤ الذى تنطوى عليه المسلّمة الرابعة.

وقد تم إجراء التجربة، وتبين فى نهايتها أنه وجدت فروق ذات دلالة إحصائية على عدد من الاختبارات النفسية التى طبقت قبل العلاج وأثناء سير العلاج وبعد الانتهاء منه لقياس عدد من الوظائف النفسية التى ينتظر أن تتأثر بالعلاج. ولكن

كانت الفروق على عكس المتوقع، تشير إلى أن المجموعة التى تلقت العلاج الطبى دون العلاج النفسى الجماعى تفوقت فى تحسنها عن المجموعة التى تلقت العلاج الطبى مصحوبا بالعلاج الجماعى بما فى ذلك الإرشاد الدينى، وقد صدمت هذه النتيجة بعض الباحثين المشاركين فى التجربة وساد بينهم قدر كبير من الجدل حولها. وبالنظر فى تفصيلات الأمر تبين أن أفراد المجموعة الأولى (وكانوا يتلقون علاجهم فى عيادة العتبة الخضراء) كانوا يرتادون ناديا اجتماعيا كان يمارس نشاطه فى قسم آخر من العيادة نفسها رغم أنهم لم يشجعوا على ذلك. ويبدو أن النشاط العام فى هذا النادى كان بالنسبة لهم بمثابة علاج جماعى حر (أى غير مقيد بالقيود الشكلية التى كانت تقيد العلاج الجماعى الذى طبق على المجموعة الأخرى التى كانت تتلقى علاجها فى عيادة السيدة زينب). بعبارة موجزة، كنا دون أن ندرى، نقارن بين مجموعتين تتلقى إحداهما علاجا طبيا مصحوبا بعلاج جماعى حر، والأخرى تتلقى العلاج الطبى مصحوبا بعلاج جماعى رسمى. وكانت النتيجة تفوق أثر العلاج فى حالة المجموعة الأولى عنه فى المجموعة الثانية (Soueif et al. 1985).

ولا بأس هنا من إلقاء مزيد من الضوء على العنصر الخاص باحتواء الفريق العلاجى على واحد من رجال الدين. ففى سياق مشروع بحثى كبير أجريناه فى أواخر الستينيات ونشرنا نتائجه فى أوائل السبعينيات على المتعاطين المزمنين للحشيش من الذكور المصريين، حاولنا أن نحدد ما أسميناه «أيديولوجية القنب»، ونعنى بها مجموعة الآراء والمعتقدات التى يتمسك بها المتعاطون وغير المتعاطين نحو تعاطى الحشيش، وفى هذه الدراسة أدخلنا عشرة أسئلة تتعلق بهذه الآراء والمعتقدات ضمن استبار مقنن مستفيض طبقناه على ٨٥٠ متعاطيا (كمجموعة تجريبية) و٨٣٩ من غير المتعاطين (كمجموعة ضابطة) وتم التحقق من أن هذه الأسئلة جميعا على درجة عالية من الثبات.

وكان من بين النتائج النتيجة التالية وهى بالغة الدلالة: بين المتعاطين، نجد أن ١٢,٣٪ فقط هم الذين يعتقدون بأن تعاطى المخدرات محرم دينيا، وبالتالى

فالتعاطى خطيئة. بينما يعتقد ٦١,٤٪ أن التعاطى معصية صغيرة، ويرى ٢٦,٣٪ أن التعاطى لا هو معصية ولا هو خطيئة أو إثم، لكنه سلوك عادى شأنه شأن أنواع السلوك الأخرى. وفى مقابل ذلك وجدنا النسب الآتية بين أفراد المجموعة الضابطة من غير المتعاطين: ٣٥,٨٪ يعتقدون أن التعاطى محرم وأنه خطيئة، ٥٧,٤٪ يرون أنه معصية وبالتالى فهو مكروه، و٦,٨٪ يرون أنه لا هذا ولا ذاك. وقد حسبنا كاى تربيع بين هذين التوزيعين فتبين أن النتيجة على درجة عالية من الدلالة الإحصائية (١٤٧,٧٢ بدرجات حرية ٢) مما يشير إلى أن التوزيعين مستقلان تماما أحدهما عن الآخر (Soueif 1973) وفى رأينا أن هذه النتيجة تنطوى على درس بليغ. فالمتعاطون يتبنون منظورا للدين يختلف اختلافا جوهريا عن المنظور الذى يتبناه غير المتعاطين. وبالتالى فبينما يسود الاتجاه لدى غير المتعاطين بأن المتعاطين يقترفون الإثم بما يفعلون، نجد أن المتعاطين لا يرون أنفسهم كذلك، بل إنهم يرون أنفسهم على أنهم أشخاص عاديون، يعانون من بعض الضعف الذى يكشف عن نفسه من حين لآخر، والضعف على أى حال من سمات البشر! صحيح أن هذه النتيجة وصلنا إليها من خلال دراسة أجريناها على متعاطى الحشيش أساسا. ولكن جدير بالذكر أن ما يقرب من ثلث العينة كانوا يتعاطون الأفيون كذلك.

ومع ذلك، فإن هذا التعليق لا يجوز أن يؤخذ على أنه إشارة غير مباشرة بأنه لا فائدة من اللجوء إلى إثارة الوعى بالقيم الدينية كطريق إضافى لعلاج مدمنى المخدرات المسلمين (ونظرائهم المسيحيين بما يناسبهم). ولكن يجب أن يؤخذ تعليقنا على أنه يشير إلى أن اللجوء إلى الإرشاد الدينى فى هذا الصدد لن يكون بالأمر السهل الذى يغنى فيه الحماس عن المعرفة الفنية الدقيقة؛ بل إنه يحتاج لأن يقام على أساس متين من دراسات تمهيدية تكشف بقدر الإمكان عن نظام القيم لدى المتعاطين بوجه عام، ونظام قيمهم الدينية بوجه خاص. كما أنه يحتاج أولا وقبل كل شىء إلى تدريب متخصص للفريق المعالج بما فى ذلك رجل الدين، على أن يخطط لهذا التدريب على أسس علمية جادة.

تحليل المضمون لأقوال رجل الدين

لكى يكتمل فهمنا لنتيجة التجربة التى شاركنا فيها حول علاج متعاطى الأفيون قررنا أن نقوم بعمل تسجيلات لأقوال رجال الدين الذين شاركوا فى العلاج الجماعى المذكور، وذلك بهدف إجراء تحليل المضمون لما ورد فى هذه الأقوال. وقد أمكن لنا بالفعل تسجيل خمسة أحاديث لخمسة من الوعاظ، وتمت التسجيلات بعلمهم وقبولهم. ثم نقلت المادة المسجلة لتصبح مادة مكتوبة. وعلى هذه المادة المكتوبة أجرينا تحليلاتنا، وكانت تحليلات كيفية لأن حجم المادة لم يكن بالقدر الذى يسمح بتحليل كمى معقول. وفيما يلى خلاصة تحليلاتنا الكيفية:

١ ـ فى معظم الأحاديث كان المتحدث يؤكد النقاط الآتية:

أ ـ أن تعاطى أى مخدر فعل مؤثم، شأنه فى ذلك شأن شرب الخمر.

ب ـ وأن شرب الخمر خطيئة كبيرة.

جـ ـ وأن تعاطى المخدرات يجعل المتعاطين أقرب ما يكونون إلى الكفار.

٢ ـ واحتوت بعض الأحاديث على وصف لسلوك المتعاطين. وفى هذا الوصف أكد المتحدث النقاط الآتية:

أ ـ انعدام الشعور بالمسئولية.

ب ـ نسيان الله وأوامره ونواهيه.

جـ ـ نسيان الصلاة التى أمر الله بها، رغم اقتراب الموت منا.

د ـ فقدان الإنسان لكرامته.

هـ ـ احتمال الإقدام على ارتكاب الجرائم.

٣ ـ وردت النقاط الآتية فى أحد الأحاديث، وذلك على سبيل وصف سلوك المتعاطين:

أ ـ أنهم يتحدثون بكلمات لا رابط بينها.

ب ـ وأن حركاتهم ينقصها التآزر.

جـ ـ ولا يفرقون بين المكان النظيف والمكان الملوث.

د ـ وأنهم يصبحون موضع سخرية الأطفال.

هـ ـ وأنهم يهملون فى نظافتهم ومظهرهم.

وفيما يلى تعليقنا على نتائج هذا التحليل:

أولا: من الواضح أن المتحدثين ليس لديهم علم بالآثار السلوكية المختلفة التى تسببها المخدرات المتنوعة المنتشرة فى الوقت الحاضر. ولذلك فهم يتكلمون عنها كما لو كانت جميعا مواد متجانسة فى تأثيرها. علما بأنهم ذكروا المواد الآتية بأسمائها: الحشيش، والأفيون، والكوكايين والماكستون فورت. ولما كان جمهور المستمعين من المتعاطين على خبرة مباشرة بآثار هذه المواد فقد أصبح السؤال المطروح هو إلى أى مدى يحوز هذا النوع من الأحاديث على تقدير إيجابى لديهم. بعبارة أخرى: ما هى مصداقية أحاديث الوعظ لديهم؟

ثانيا: كذلك يبدو أن المتحدثين لم يكن لديهم أية فكرة عن الآراء والمعتقدات التى يتبناها المتعاطون نحو ما يتعاطونه من مخدرات، ولا نحو تصورهم لأنفسهم من حيث تدينهم. ولو أن هؤلاء الواعظين توفرت لديهم هذه المعرفة لكان من الأرجح أن تتغير أحاديثهم تغيرا ملحوظا، ولاستطاعوا أن يلتقوا بالمدمنين حيث يقف المدمنون.

ثالثا: كانت أحاديث الوعاظ تتذبذب بين قطبين متباعدين من حيث الأسلوب؛ فهم يتحدثون أحيانا بألفاظ وعبارات أرفع بكثير فى مستواها التعليمى من أن يدركها ويستوعبها المستمعون، وأحيانا أخرى يتحدثون بتبسيط يناسب مستمعين أطفالا لا راشدين. كانوا يتحدثون فى المستوى الأول عندما يعرضون لتفسير بعض الآيات القرآنية؛ ويهبط حديثهم إلى المستوى الثانى عندما يستخدمون بعض القصص على سبيل التمثيل والشرح لبعض النقاط التى يهتمون بتأكيدها (Soueif et al. 1984).

خلاصة وتعقيب

ختاما، فيما يلى عدد من النقاط التى تستحق التأكيد فى هذا البحث:

أولا: تندر فى مصر المحاولات العلاجية الكبيرة فيما يتعلق بالإدمان. وربما كان من الأسباب المفسرة لهذه الندرة أنه فى بلد نام مثل مصر يصعب أن نتوقع أن تحتل مشكلة تعاطى المخدرات أولوية مرتفعة على قائمة المشكلات المعقدة التى ينظر إليها على أنها بالغة الخطر قوميا وسياسيا (أنظر السيد ١٩٨٦). وسبب آخر قد يكون له وزن كذلك هو أن للمخدرات تاريخا طويلا فى مصر، مما ساعد على ظهور فلسفة متكاملة حول هذه الظاهرة، مؤداها أننا هنا لسنا بصدد جريمة ولا مرض. ولكننا بصدد سلوك يشبه الجناح.

ثانيا: يلاحظ أن الخصائص الرئيسية لعالم المخدرات فى مصر هى التى أملت مضمون التجارب المحدودة التى أجريت فى ميدان العلاج؛ فقد اتجهت هذه التجارب أساسا إلى علاج إدمان المخدرات الطبيعية، لا إلى إدمان الكحوليات أو المخلقات الدوائية.

ثالثا: إذا تحقق لنا الفهم الشامل لعالم القيم الذى يحكم المتعاطى، فربما كان فى ذلك ما يمد المشتغلين المهتمين بحقل إعادة تأهيل المدمنين، بالكثير من الأفكار التى تجعل من جهودهم أداة فعالة فى تحقيق رسالتهم.

المراجع:

Central Narcotic Information Bureau, Annual report, Cairo, 1929.

Dixon, W. H. (1972) Narcotic legislation and Islam in Egypt, *Bulletin on Narcotics,* 24/4, 11 - 18.

Lane, E. W. (1895) *Manners and customs of the modern Egyptians,* London: East - West Publications.

Soueif, M. I. (1967) Hashish consumption in Egypt: With special refer-

ence to psychosocial aspects, *Bulletin on Narcotics*, 19/2, 1 - 12.

Soueif, M. I. (1971) The use of cannabis in Egypt: A behavioural study, *Bulletin on Narcotics*, 23/4, 17 - 28.

Soueif, M. I. (1972) The social psychology of cannabis consumption: Myth, mystry and fact, *Bulletin on Narcotics,* 24/ 2, 1 - 10.

Soueif, M. I. (1973) Cannabis ideology: A study of opinions and beliefs centering around cannabis consumption, *Bulletin on Narcotics,* 25/4, 33 - 38.

Soueif, M. I., El - Sayed A. M., Darweesh, Z. A. & Hannourah, M. A (1982). The extent of nonmedical use of psychoactive substances among secondary school students in Greater Cario, *Drug & Alcohol Dependence* 9, 15 - 41.

Soueif, M. I., Darweesh, Z. A., Hannourah, M. A. & El - Sayed, A. M. (1982b) The nonmedical use of psychoactive substabces by male technical school students in Greater Cairo: An epidemiological study, *Drug & Alcohol Dependence,* 10, 321 - 331.

Soueif, M. I., Azayem, G.M. & Derweesh, Z.A. (1984) The clergyman as a member of The therapeutic team: A pilot content analysis of religious preaching to a group of Egyptian male drug users. (mimeographed .

Soueif, M. I. Darweesh, Z.A. (1985) psychometric evaluation of some treatment modalities administered to male opium dependents in Egypt, (mimeographed) .

Soueif, M. I. Darweesh, Z.A. Hannourah, M.A., El - Sayed, F.A. & Taha, H. S. (1986) The extent of drug use among Egyptian male university students, *Drug & Alcohol Dependence,* 18, 389 - 403.

Soueif, M. I., Hannourah, M.A., Darweesh, Z.A., El - Sayed, A.M., Yunis, F.A. & Taha, H.S. (1987) The use of psychoactive substances by female university students compared with their male colleagues on selected items, *Drug & Alcohol Dependence,* 19, 233 - 247.

Soueif, M. I., Yunis, F. A., Youssuf, G.S., Moneim, H.A., Taha, H.S., Sree, O.A. & Badr, K. (1988) The use of psychoactive substabces among Egyptian males working in the manufacturing industries, *Drug & Alcohol Dependence,* 21, 217 - 299.

Soueif, M. I., Youssuf, G.S., Taha, H.S., Moneim, H.A., Sree, O.A., Badr, K. & Salakawi, M. (1990) Use of psychoactive substances among male secondary school pupils in Egypt: A study on nationwide representative sample, *Drug & Alcohol Dependence,* (in press).

السيد (عبد الحليم محمود) (١٩٨٦) الترتيب القيمى لمشكلات المجتمع المصرى، القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، ١٩٨٦.

سويف (مصطفى)، رمزى (ناهد)، مجدى (صفية) والعامرى (سلوى) (١٩٧٧) صورة المرأة كما تقدمها وسائل الإعلام، القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

الفصل السابع

نحو سياسية وقائية متكاملة

فى مواجهة مشكلات الإدمان فى مصر (*)

مقدمة:

موضوع الوقاية من تعاطى المواد المسببة للإدمان، ومن المشكلات المترتبة على ذلك، موضوع بالغ التعقيد، والحساسية، لسبب رئيسى هو أنه أمر تختلط فيه عناصر المعرفة العلمية باعتبارات أخرى متعددة، منها ما ينتمى إلى عالم الأمن الداخلى والخارجى للوطن، ومنها ما يرتبط بالقيم الروحية والأخلاقية، ومنها كذلك ما يتصل بشئون القانون، والقانون الدولى، والاقتصاد، والتنمية بمعناها الخاص والعام، والصحة الجسمية والنفسية... إلى آخر هذه الاعتبارات. لذلك فإن تعدد وجهات النظر فى كيفية رسم السياسة الوقائية أمر وارد، وتشعب الاجتهادات فى هذا الصدد مسألة طبيعية، بل ويحسن الترحيب بها بالقدر المناسب، حتى يستطيع كل ممثل لواحد من الاعتبارات المذكورة أن يسهم بما تكوّن لديه من رأى وخبرة فى مجال اختصاصه، وبذلك يمكن فى النهاية فرض حصار محكم حول المشكلة وتشعباتها الأخطبوطية، عن طريق خطة استراتيجية تحسب لكل التشعبات أوزانها فى الواقع الراهن، وفى المستقبل المنظور.

والجذر المشترك الذى ينبغى للأطراف المعنية جميعا أن تكون على وعى به، وعلى اتفاق حوله، هو أن الحكمة الشعبية التى تقرر أن «قيراطا من الوقاية خير من فدان من العلاج» تصدق كل الصدق فى ميدان التعاطى وما يترتب عليه من مشكلات الإدمان.

(*) المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية (نشرة مستقلة) ١٩٨٨.

ويبقى بعد ذلك أن يثار السؤال الهام والأساسى: كيف يكون التخطيط للوقاية عالية الكفاءة؟ وهذا ما نحاول الإجابة عليه فى الدراسة الراهنة.

سوف نبدأ الحديث فى هذه الدراسة بتحديد لعدد قليل من المصطلحات التى سنستخدمها فى الفقرات التالية. ثم ننتقل إلى تقديم الخطوط العريضة لما نسميه بالنظرة المتكاملة للسياسة الوقائية، وهى خطة استراتيجية (بعيدة المدى) أساسها التوازن والتنسيق بين زوايا الاهتمام المتعددة على المستوى القومى. وبعد ذلك نتقدم إلى الحديث عن التقدير[١]. والتقويم[٢]، كعمليتين أساسيتين لترشيد السياسة الوقائية، أي لضمان تحقيق مستوى مقبول من الكفاءة لتدابير الوقاية كما يتبناها صانع القرار.

المصطلحات الرئيسية:

١ ـ مصطلح الوقاية[٣]. يقصد بالوقاية مجموع التدابير التى تتخذ تحسبا لوقوع مشكلة، أو لنشوء مضاعفات لظروف بعينها، أو لمشكلة قائمة بالفعل؛ ويكون هدف هذه التدابير القضاء الكامل، أو القضاء الجزئى، على إمكان وقوع المشكلة. أو المضاعفات، أو المشكلة، ومضاعفاتها جميعا (Soueif, 1973).

وأهم ما فى هذا التعريف أنه يشير صراحة إلى أن الوقاية قد تكون كاملة وقد تكون جزئية. ومن ثم فهو يتفق مع التفرقة التى تتبناها هيئة الصحة العالمية (التابعة للأمم المتحدة) بين الوقاية من الدرجة الأولى، والوقاية من الدرجة الثانية والوقاية من الدرجة الثالثة (WHO Techn. Rep. Ser., 1974, No. 551, p. 17).

وفيما يلى تعريف كل من هذه المستويات الثلاثة:

١ ـ أ ـ الوقاية من الدرجة الأولى[٤]: ويكون هدفها هو منع المشكلة أو الاضطراب من الحدوث أصلا.

(1) assessment
(2) evaluation
(3) prevention
(4) primary prevention

١ ـ ب ـ الوقاية من الدرجة الثانية[١]: ويكون هدفها تشخيص المشكلة أو الاضطراب، والقضاء عليه أو تحسينه بالقدر الممكن فى أقصر وقت ممكن.

١ ـ جـ ـ الوقاية من الدرجة الثالثة[٢]: ويكون هدفها إيقاف تقدم المشكلة أو تعطيل تفاقمها، رغم بقاء الظروف التى أحاطت بظهورها. (المرجع السابق).

٢ ـ مصطلح التعاطى[٣]: يشير هذا المصطلح إلى تناول أى مادة من المواد المسببة للإدمان (أو الاعتماد) بغير إذن طبى. ولذلك تستخدم بعض المراجع الأجنبية فى هذا الصدد مصطلح non - medical use of drugs.

وتشير نتائج البحوث الميدانية فى مصر وفى الخارج إلى ضرورة التفرقة بين مستويين للتعاطى، هما: التعاطى على سبيل التجريب والاستكشاف، والتعاطى كإدمان أو اعتماد. وهى تفرقة بالغة الأهمية نظرا لما يترتب عليها من نتائج علمية وعملية.

٣ ـ مصطلح المواد المسببة للإدمان أو الاعتماد[٤]: ويقصد به الإشارة إلى المواد التى إذا تناولها الإنسان (أو الحيوان) فإنها فى تفاعلاتها داخل أنسجته الحية، تحدث لديه حالة اعتماد نفسى، أو اعتماد بدنى، أو الحالتين معاً.

وبهذه المناسبة تفضل هيئة الصحة العالمية (منذ سنة ١٩٦٤) استخدام مصطلح الاعتماد[٥] بدلا من مصطلح الإدمان[٦] وذلك لأسباب علمية دقيقة (WHO Techn. Rep. Ser., 1973, No. 526 p. 16 - 17).

التخطيط لسياسة وقائية:

١ ـ الأهداف: بتحليل موضوعى دقيق لطبيعة ظاهرة التعاطى، ولخبرات عديد من المجتمعات فى عالمنا المعاصر، يمكن القول بأننا إذا كنا نطلب قدرا معقولا من

(1) secondary prevention
(2) tertiary prevention
(3) use or abuse
(4) dependence producing substances
(5) dependence
(6) addiction

الكفاءة للسياسة الوقائية التى سوف نتهجها فى مواجهة هذه المشكلة فلابد من تحقق شرطين أساسيين لأهداف هذه السياسة:

الشرط الأول أن تكون هذه الأهداف محددة. والشرط الثانى أن تكون هذه الأهداف واقعية.

وتكون الأهداف محددة بالقدر الذى ينص به صراحة،فى الخطة على ما يأتى:

١ ـ أ ـ مستوى الإنجاز المطلوب: هل هو الوقاية من الدرجة الأولى، أم الوقاية من الدرجة الثانية، أم الوقاية من الدزجة الثالثة. وغنى عن البيان أن هذه المستويات الثلاثة متدرجة فى الطموحات المعلقة عليها؛ أكثرها طموحا هو المستوى الأول؛ وأقل من ذلك درجة هو المستوى الثانى، وأقل من ذلك درجة هو المستوى الثالث. وبالتالى فجدير بواضع السياسة أن يكون واضحا مع نفسه (ومع مواطنيه) منذ البداية فيما يتعلق بهذه النقطة لأن التدابير والإجراءات اللازمة لوضع السياسة موضع التنفيذ تختلف باختلاف المستوى المطلوب إنجازه. ولأنه ربما كان من الحكمة التفكير فى أفضلية الاتجاه أولا إلى تحقيق هدف متواضع نسبيا (الوقاية من الدرجة الثالثة مثلا)، فإذا صادفت السياسة نجاحا ملحوظا فى هذا المستوى كان فى ذلك ما يشجع جميع الأطراف على تصعيد المواجهة إلى المستوى الثانى، فالمستوى الأول. أو ربما اتجه الرأى إلى ضرورة العمل فى اتجاه الأهداف الثلاثة معاً، ولكن مع إعطاء الأولوية (من حيث الجهد والإنفاق) للهدف الثالث المتواضع، على ألا نغفل تماما العمل فى السبيل إلى الهدف الثانى والهدف الأول ولكن مع التقليل النسبى المؤقت للجهد والإنفاق المكرسين لكل منهما.

١ ـ ب ـ تحديد الشريحة الاجتماعية المستهدفة بالسياسة الوقائية: كأن تكون مجموعة الشباب فى السن من ١٦ إلى ١٨ سنة، أو مجموعة الإناث فى فترة العمر المقترنة بالخصوبة أو مجموعة الطلاب الجامعيين عموما، أو

مجموعة الشباب الذكور العاملين فى الصناعة ممن تقع أعمارهم دون الثلاثين، أو أية مجموعة أخرى من شرائح المجتمع المصرى. ذلك أن كل شريحة من هذه الشرائح تتخذ مشكلة التعاطى والإدمان فيها خصائص وسمات نوعية تميزها عن الشكل الذى تتسم المشكلة به فى غيرها من الشرائح والجماعات، بحيث يحتاج الأمر مع بعضها إلى إجراءات وقائية لا معنى لتطبيقها بالنسبة لغيرها من الشرائح، بل وقد يتطلب الأمر تطبيق إجراءات تتعارض مع ما ينبغى اتخاذه من تدابير وقائية إزاء شرائح أو جماعات أخرى.

١ ـ جـ ـ تحديد المادة المسببة للإدمان، أو فئة المواد المراد التحصين ضد تعاطيها، أو ضد ما يترتب على تعاطيها من مشكلات نفسية اجتماعية، وصحية. فمشكلات الوقاية على أى مستوى من مستوياتها الثلاثة فى مواجهة المخدرات الطبيعية[1] (كالحشيش أو الأفيون ومشتقاته) تختلف إلى حد كبير عن مشكلات الوقاية من تعاطى الكحوليات ومضاعفاتها، وهذه تختلف بدورها عن تدابير الوقاية ضد تعاطى المخلقات الدوائية كالملطفات الصغرى، والمنبهات، والمنومات والمسكنات.

هذا عن تحديد أهداف التخطيط لسياسة وقائية فى مواجهة تعاطى المواد المسببة للإدمان. بعبارة موجزة أن تكون الأهداف محددة من حيث درجة الوقاية المطلوبة، ومن حيث الشريحة الاجتماعية المستهدفة، والمادة أو فئة المواد المقصودة أساسا بتدابير الوقاية. وبدون هذا التحديد تختلط التدابير وقد تتضارب فيلغى بعضها أثر البعض الآخر أو يضعفه، بما ينطوى عليه ذلك من إهدار للأموال، وللطاقات البشرية، ولعنصر الزمن وهو عنصر هام فى مواجهة المشكلة ومضاعفاتها.

وننتقل الآن إلى الشرط الثانى من الشروط التى يلزم توفرها فى أهداف الخطة الوقائية، وهو أن تكون هذه الأهداف واقعية.

(1) natural narcotics

تتحقق صفة الواقعية فى أهداف السياسة الوقائية إذا توفرت لها الشروط الآتية:

١ ـ د ـ أن تكون ملائمة لمدى تعقد مشكلة التعاطى بوجه عام. وبالتالى فلا يجوز أن تكون هذه الخطة قانونية فحسب، ولا طبية فقط، ولا تربوية فى المقام الأول. . إلى آخر هذه الاعتبارات جميعا. فإذا حدث ذلك لسبب أو لآخر فهذا حكم مبكر عليها بالفشل لأنه ينطوى على تبسيط مخل بمتطلبات موقف بالغ التعقيد. وبالتالى فلابد أن تكون الخطة (ونحن هنا نتكلم عن الخطة على المستوى الاستراتيجى أو ما نسميه بالسياسة القومية) مركبة، بصورة تكافىء مدى تركيب مشكلات التعاطى والإدمان. ومع ذلك فيمكن أن نتصور وجود خطط وقائية جزئية متعددة، تتوجه كل منها لمواجهة جانب معين من جوانب المشكلة، كالجانب القانونى، أو الجانب الطبى، أو الجانب الطبى النفسى، أو الجانب التربوى. . . الخ. ولكن فى هذه الحالة يجب أن يتوفر لها (فى جملتها) شرط التنسيق (وعدم التضارب) فيما بينها. كذلك يمكن تصور تعدد الخطط الوقائية الجزئية من زاوية أخرى؛ زاوية المادة المسببة للإدمان والمطلوب التصدى لها، هذا أيضا جائز؛ ذلك أن المواجهة الوقائية لمشكلة تعاطى الهيروين تحتاج إلى تصورات وإجراءات تختلف عما تحتاج إليه المواجهة الوقائية لتعاطى وإدمان المخلقات الدوائية، والنوعان من المواجهة يختلفان عما يقتضيه التصدى لإدمان المسكرات. وفى هذه الحالة أيضا لابد من أن يتوفر لهذه الخطط شرط التلاقى أو عدم التضارب فيما بينها. النقطة المهمة هنا أن الخطة الوقائية على المستوى القومى يجب ألا تنطوى على تبسيط مخل بما يتطلبه التعقد الحقيقى للمشكلة، فإذا اقتضى الأمر تصميم خطط جزئية متعددة فلابد من جهد إيجابى يقوم على نظرة شاملة تلغى ماقد يكون بينها من التعارض.

١ ـ هـ ـ أن تكون أهداف الخطة محسوبة على أساس النسبة بين الفائدة المرجوة والآثار الجانبية المتوقعة، (الغرم/ الغنم)[1]. فكل خطة وقائية، شأنها شأن

(1) cost/ effect ratio

كل علاج، لها آثارها الجانبية غير المرغوبة، وذلك إلى جانب ما نرجوه لها من آثار أساسية مرغوبة. وقرار الأخذ بهذه الخطة أو عدم الأخذ بها يجب أن يعتمد (بكل وعى وتنبه) على حساب النسبة بين النوعين من الآثار، المرغوبة وغير المرغوبة. وبالتالى فلا يجوز أن نأمل فى خطة وقائية ليس لها آثار جانبية غير مرغوبة، لأن هذا تصور غير واقعى، ولا يجوز للمخطط أن يرفض خطة على أساس أن لها نتائج سيئة، فالعبرة ليست بذلك، ولكن بالنسبة بين النتائج الحسنة والنتائج الجانبية السيئة.

١ ـ و ـ أن تكون الأهداف محسوبة على أساس أن لها نتائج مباشرة (أو قريبة أو عابرة)، ونتائج أخرى غير مباشرة (أو بعيدة). فلنفرض مثلا أننا نجرب طريقة جديدة فى تغيير الميول والاتجاهات[1] عند الشباب وذلك بغرض استغلالها فى تغيير ميول قطاع معين من الشباب نحو تعاطى بعض المخلقات الدوائية. عندئذ يجب أن نفرق بين القدر من التغيير الذى سنلحظ وجوده عقب توقيع العامل المغيِّر مباشرة، والقدر من التغيير الذى سوف يبقى فى النفوس بعد بضعة شهور أو بعد سنة مثلا.

والخلاصة، فى موضوع الأهداف هذا، أنه لا جدوى لأى تخطيط (شامل أو جزئى) للوقاية من تعاطى المواد المسببة للإدمان والمشكلات المترتبة على ذلك، ما لم يتوفر لأهداف الخطة أو السياسة شرطان أساسيان هما، التحديد، والواقعية. ونعنى بالتحديد فى هذا السياق: تحديد مستوى الوقاية المطلوب، وحدود الشريحة الاجتماعية المستهدفة، وطبيعة المادة الإدمانية المقصودة. ونعنى بواقعية أهداف الخطة فى هذا المقام: مدى ملاءمتها أو مكافأتها لدرجة التعقد التى تتصف بها مشكلات التعاطى والإدمان، وإلى أى مدى تغلب الآثار الإيجابية المرغوبة للخطة على الآثار الجانبية التى قد تترتب على تطبيقها، وأخيرا وزن أو حجم الآثار المباشرة والآثار غير المباشرة (أو البعيدة والباقية) للتطبيق.

---

(1) attitudes

طبيعة السياسة الوقائية المتكاملة ومكوناتها:

يجب إمعان النظر فيما هو مقصود بالسياسة الوقائية الشاملة، طبيعتها ومكوناتها: لأن وضوح هذه السياسة، فى ذهن المخطط والمنفذ، شرط ضرورى (وإن لم يكن كافيا) لتحديد مستوى النجاح الذى يقدر لأي جهد يبذل فى إطار هذه السياسة، سواء أكان جهدا جزئيا أم جهدا شاملا.

لابد لأى سياسة وقائية متكاملة، فى ميدان التعاطى والإدمان أن تقوم على محاور ثلاثة: هى: العرض، والطلب، والنتائج. ففيما يتعلق بالعرض تكون هناك تصورات وتدابير تستهدف القضاء على المعروض (فى الأسواق غير المشروعة) من المواد المسببة للإدمان، كلها أو بعضها؛ أو الإقلال منها أو التحكم فيها (كما هو حادث فى حالات الموافقة على المساحات المسموح بزراعة نبات الخشخاش فيها بموجب تشريعات محلية، واتفاقيات دولية؛ أو فى حالة المخلقات الدوائية).

وفيما يتعلق بالطلب، تكون هناك أفكار ومخططات موجهة إلى الفرد المستهلك أو القابل لأن يصبح واحدا من جمهور المستهلكين (أى مدمن، أو متعاطى فى طريقه إلى الإدمان) تهدف إلى صرفه كليا أو جزئيا عن طلب هذه المواد الإدمانية، (مع التسليم بوجود هذه المواد فى متناوله إذا أرادها، نظرا لما يتسرب إلى السوق غير المشروعة رغم الإجراءات القائمة ضد العرض)، كما تكون هناك خطط موجهة إلى البيئة المحيطة بالأفراد لتعديل (أو تغيير) ظروف الحياة أو ظروف العمل الدافعة إلى التعاطى والمشجعة عليه. وفيما يتعلق بالنتائج، تكون هناك تصورات وبرامج موجهة إلى الفرد والأسرة للإقلال من الأضرار الصحية، والاضطرابات النفسية الاجتماعية التى تترتب على التعاطى والإدمان.

وفيما يلى ننظر بالقدر اللازم من التفصيل فى طبيعة التدابير أو الخطط المشار إليها بصدد كل من المحاور الثلاثة ليتسنى لنا الإلمام بطبيعة ما يسمى بالخطط الوقائية فى هذا المجال، ومكوناتها الرئيسية:

أولا: فيما يتعلق بمحور العرض: يغلب على الأفكار والخطوات التى تتخذ على هذا المحور أن تكون ذات طبيعة قانونية، أو شرطية أو الاثنين معاً بدءا من التدابير فى إطار القانون الوطنى والشرطة الوطنية، وبقية أجهزة وسلطات الدولة المعنية، كسلطات التشريع والقضاء، وإدارات المكافحة، وأشكال التعاون بين إدارات مكافحة المخدرات والإدارات الشرطية الأخرى، وسلاح الحدود، وخفر السواحل، إلى القانون الدولى، وأجهزة التعاون الدولى كالشرطة الدولية الجنائية (المعروفة خارجيا باسم Inter - pol)، والمكتب الدولى للتحكم فى المخدرات (المعروف باسم INCB) التابع للأمم المتحدة، والمعاهدات الدولية المنظمة للتعاون بين الدول فى تدبير أمور المكافحة، مثل: «الاتفاقية الوحيدة للمخدرات، لسنة ١٩٦١، والمعدّلة ببروتوكول ١٩٧٢»[1]، و«اتفاقية فيينا عن المواد المؤثرة فى الأعصاب لسنة ١٩٧١»[2].

ثانيا: فيما يتعلق بمحور الطلب. يغلب على التصورات والبرامج التى يمكن تبنيها على هذا المحور أن تكون ذات طبيعة تربوية أو إعلامية، وأحيانا تكون اقتصادية ـ اجتماعية تتجه إلى تغيير ظروف العمل والأجر فى بعض قطاعات الإنتاج أو الخدمات، وأحيانا أخرى تكون ذات طبيعة طبية. مثال ذلك المحاولات الدائبة فى الوقت الحاضر فى سبيل استكشاف أفضل الطرق التعليمية والتربوية لتحصين الشباب منذ الأعمار المبكرة ضد الإقبال على خبرة تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب. والتفكير على ضوء الحقائق الميدانية التى تؤكد وجود ارتباط جوهرى (بدرجة ما) بين ظروف العمل وبين احتمالات الإقبال على التعاطى والتمادى فيه إلى مستوى الإدمان. كذلك تنتظم على هذا المحور أيضا محاولات تقوم بها السلطات الطبية لتطوير الأداء العيادى للأطباء فى اتجاه التوصية والتدريب على التحفظ الشديد فى تضمين تذاكرهم الطبية الأدوية النفسية بالصورة التى قد ينشأ معها طلب ذو طبيعة إدمانية.

---

(1) Single convention on narcotic drugs, 1961 (as amended by the 1972 protocol amending the single convention on narcotic drugs, 1961.

(2) Convention on psychotropic substances, 1971.

ثالثا: فيما يتعلق بمحور النتائج، يغلب على البرامج والخدمات أن تكون ذات طبيعة طبية، أو طبية/ نفسية/ اجتماعية. والغالب أن يكون هدف البرامج والخدمات هنا هو الوقاية من الدرجة الثانية أو الثالثة؛ كالتخطيط لإقامة مراكز الإسعاف الطبى ـ النفسى، التى تهتم أولا بعمليات تخليص الجسم من سميات المخدرات أو الكحوليات[1] على أن يكون ملحقا بها قسم للرعاية والإرشاد النفسى بحيث تتزامن العمليتان معاً العملية العضوية والعملية النفسية لتخليص الشخص من وطأة الارتباط بالمادة المخدرة أو المسكرة فى الحاضر والمستقبل، وهذا ما يجعل هذا النوع من التدابير يدخل فى باب الوقاية وليس فى باب العلاج. وهى وقاية من الدرجة الثانية لأن المشكلة قامت بالفعل، ولكننا نحاول بعد مواجهتها وتشخيصها لكى يتسنى لنا أن نوقفها ونقضى عليها. وهو مستوى من الوقاية لا يجوز الاستهانة به؛ فثمة نسبة من الأشخاص تستفيد منه فعلا إذا لقيت الإرشاد النفسى السليم فى نفس اللحظة والظروف التى تواجه فيها خطرا حقيقيا وأزمة مزعجة هى أزمة الأعراض التسممية من المادة الإدمانية. وثمة مشروعات أخرى يمكن التفكير فيها والتدبير لها تدخل فى باب الوقاية من الدرجة الثالثة. ولا يجوز الاستهانة بها كذلك. وفى جميع الأحوال لابد من التخطيط المتبصر، لأن هذه المشروعات لن تحتاج إلى المبانى والأموال فقط ولكنها تحتاج ـ وفى المقام الأول ـ إلى أطقم مدربة تدريبا متخصصا، سواء من الأطباء والأخصائيين النفسيين والاجتماعيين وهيئة التمريض.

نخلص من هذا الذى ذكرناه فى البنود أولا، وثانيا، وثالثا، إلى أننا إذا نظرنا فى موضوع الوقاية، والسياسات (أى الخطط والإجراءات) الوقائية بنظرة شاملة ومتوازنة، أى بنظرة تدخل فى اعتبارها المحاور الثلاثة المشار إليها تبين لنا أن جميع أجهزة المجتمع لها دور أساسى تقوم به فى مجال الوقاية، وبدون الوفاء بهذا الدور سوف ينطوى الموقف على ثغرة من شأنها أن تبدد أو تقلل من فاعلية الجهود والأدوار الأخرى المبذولة فى الميدان.

(1) detoxification centres
(2) counselling

من هنا يمكن القول بأن تشكيل «المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان»، الصادر به القرار الجمهورى رقم ٤٥٠ لسنة ١٩٨٦، كان خطوة على الطريق السليم؛ لأن الناظر فى تشكيل المجلس يستطيع أن يرى كيف أن جميع أجهزة المجتمع تقريبا ممثلة فيه (من حيث أعلى مفاتيح السلطة) لتتحمل الدور أو القسط من المسئولية الموكول إليها. ومعنى ذلك أن صانع القرار اقتنع بأننا هنا بصدد مشكلة مجتمعية[1] بالمعنى الدقيق لهذا المصطلح؛ ونعود فنؤكد قولنا السابق هذه ليست مشكلة طبية فقط، ولا مشكلة قانونية فقط، ولا مشكلة أخلاقية تربوية فحسب، ولا هى اقتصادية تنموية فحسب.. إلى آخر هذه الصفات، ولكنها تجمع فى نفسها كل هذه المشكلات وأكثر. فالاضطراب فى المجتمع، فى بنية المجتمع وفى تشغيل هذه البنية، وبالتالى يكون الوصف الأمين والدقيق هنا هو أننا بصدد اضطراب مجتمعى ويحمد لصانع القرار أنه تبنى هذه النظرة، وخطا هذه الخطوة.

غير أن هذه مجرد خطوة، وهى الخطوة الأولى، وتبقى بعد ذلك خطوات يجب أن تتوالى على الطريق.

والخطوة التالية التى لابد منها هى أن يضع هذا المجلس أو يتبنى خطة عمل قومية فيما يتعلق بالوقاية؛ يجب أن يكون هناك تصور على درجة ما من الوضوح، له كل مقومات الخطة المتكاملة على مستوى المجتمع، فالمسئوليات محددة وموزعة مقدما، ووراء هذه المسئوليات ميزانيات مرصودة، وجداول زمنية محددة. ولا يكفى فى هذا الصدد أن يقال إن لدى كل وزارة أو كل هيئة برنامجها، وإلا لما كانت هناك ضرورة لقيام المجلس القومى، فالوزارات والهيئات كانت موجودة من قبل أن يقوم تشكيل المجلس، وكانت تقوم بأداء مهام معينة، بعضها يصب فى مجال الوقاية. غير أن قيام الدولة بتشكيل المجلس القومى من بين هذه الوزارات أو الهيئات يعنى أنه نشأت بالفعل حاجة أو مطالب اجتماعية لم يعد الوضع القائم كافيا للوفاء بها. وبالتالى فقد نص البند ١ من المادة الثانية من

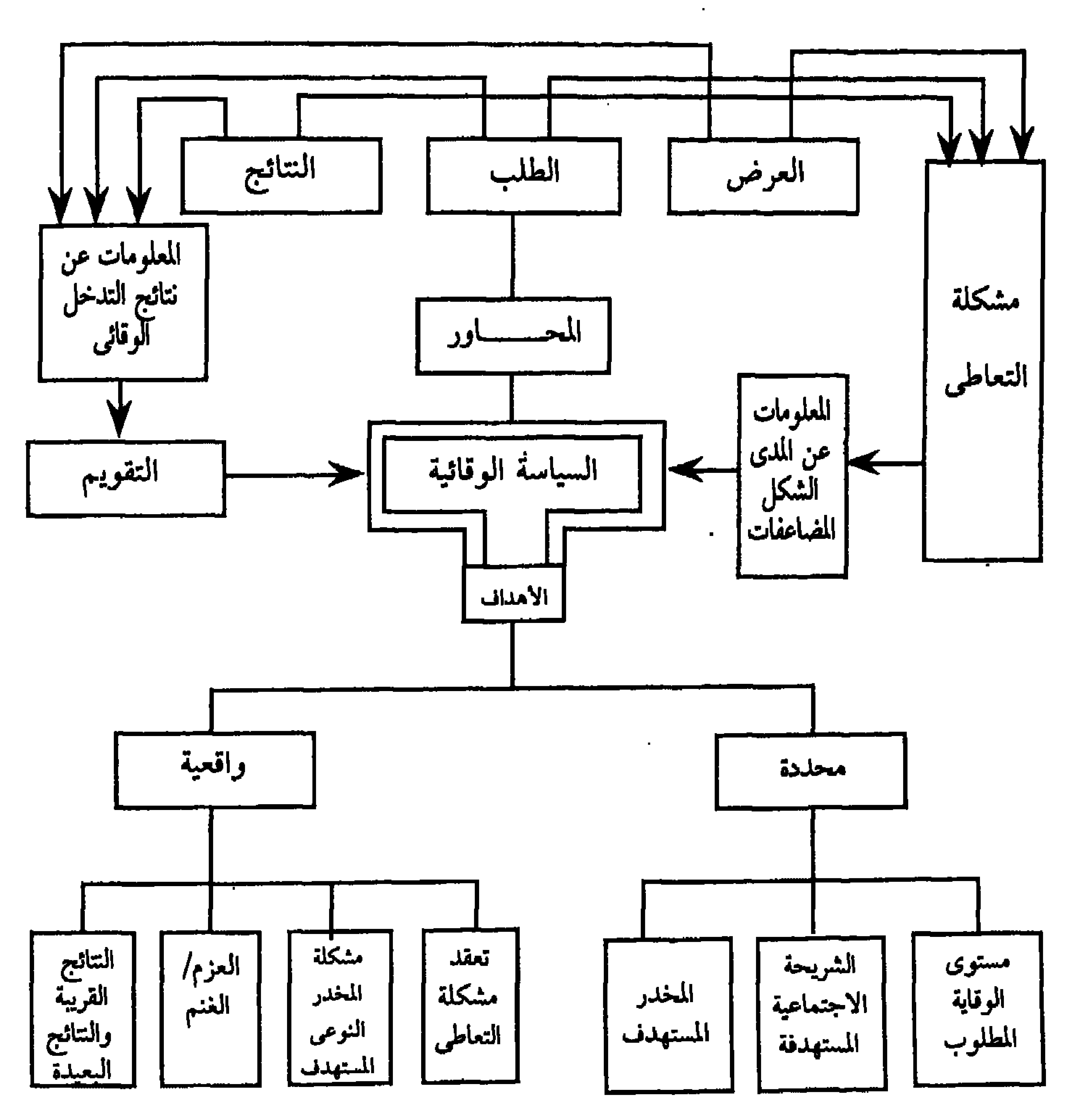
(1) societal problem (or disorder)

القرار الجمهورى الخاص بالتشكيل على أن المهمة الأولى للمجلس هى: «وضع السياسات المطلوب الالتزام بها...». كما ورد فى المادة الثانية ما نصه: «تحديد دور كل من الوزارات والهيئات والمؤسسات الحكومية، أو العامة، أو الخاصة، فى تنفيذ برامج مكافحة وعلاج الإدمان، والتنسيق فيما بينها... الخ». ومن ثم فالخطوة التالية يجب أن تكون هى وضع السياسة أو الخطة أو التصور المتكامل الذى سوف يتبناه المجلس، وينسق على أساسه (بتنظيم التعاون، ومنع الازدواجية والتعارض) بين الوزارات والهيئات العامة والخاصة، فيما تقوم به من الأدوار والمسئوليات. بعبارة أخرى، إن وجود هذه الخطة القومية أو التصور الذى يرسم خطوات العمل المنظم على مستوى المجتمع، ويكامل بين هذه الخطوات، هو الترجمة إلى مستوى الفعل القومى لقيام المجلس القومى.

وفى هذا الصدد نرى لزاما علينا أن نورد هنا نصا صريحا نقلا عن وثيقة صدرت منذ شهور قليلة عن هيئة الصحة العالمية (فى آخر مارس سنة ١٩٨٨). جاء فى هذا النص ما يلى: «هناك حاجة عاجلة إلى وضع سياسات وبرامج قومية خاصة بهذه المواد المسببة للإدمان. ومع ذلك فالوثائق والمنشورات الصادرة عن هيئة الصحة العالمية تلفت النظر إلى أنه على الرغم من إلحاح هذه الحاجة فإنه لا يوجد سوى عدد محدود من الدول هو الذى لديه بالفعل سياسة شاملة يتبناها بخصوص الكحوليات والمواد الإدمانية» (WHO, March 1982).

فى هذا الصدد يُذكر لمصر أنها كانت طوال تاريخها الحديث سباقة إلى تبنى كل ما من شأنه أن يعزز التعاون الدولى فى ميدان مكافحة المواد الإدمانية وتنظيم التعامل بشأنها. وأحدث شاهد على ذلك مسارعتها إلى التوقيع على اتفاقية فيينا لسنة ١٩٧١ الخاصة بالمخلقات الدوائية المسببة للإدمان، فى الوقت الذى تلكأت فيه عدة دول أخرى، ما بين نامية ومتقدمة، فى اعتماد هذه الاتفاقية. (Convention 1971). لذلك ينظر الآن إلى مصر - فى المحافل الدولية المعنية بهذا الموضوع - على أنها ستكون من المسارعين إلى الاستجابة لهذه الدعوة الصادرة عن هيئة الصحة العالمية. ولا يخفى علينا جميعا أن وضع خطة أو سياسة قومية

متكاملة، لها أول ولها آخر، ولها معالم واضحة، وتجمع مثل هذه الخطط الصادرة عن الدول المختلفة، تجمعها لدى الهيئات الدولية المعنية، سوف يزيد من قدرة هذه الهيئات على وضع مخططات للتعاون الدولى أكثر فاعلية من ذى قبل لأنها سوف تستند إلى تلك الخطط القومية، وتقوم ـ إلى حد كبير ـ على التنسيق بينها على المستوى الدولى.



الشكل (١) نموذج مبسط لسياسة وقائية متكاملة

فى مواجهة مشكلة تعاطى المخدرات

ترشيد السياسة القومية للوقاية من الإدمان ومشكلاته:

يقصد بترشيد أى خطة أو سياسة إمداد واضعيها، والقائمين على تنفيذها، بالقدر الأمثل من المعلومات عن الظاهرة، أو المشكلة، التى تتصدى هذه السياسة لمواجهتها، وكذلك أكفأ الطرق لتعديل مسار الخطة أولا بأول (حسب ما يستجد من معلومات تقتضى أن تؤخذ فى الاعتبار) وذلك لضمان وصول الخطة إلى أهدافها الرئيسية بأكفأ صورة ممكنة؛ ويدخل فى قياس الكفاءة هنا: الإحكام، والزمن اللازم للإنجاز، والضآلة النسبية للآثار الجانبية.

ويعتمد فى هذا الصدد على عمليتين أساسيتين، هما: التقدير والتقويم. ويقصد بالتقدير قياس الظاهرة كما هى فى اللحظة الحاضرة، أى الوصول إلى وصف كمى لأبعادها الرئيسية بالقدر الذى تسمح به وسائل القياس المتاحة. وتتفاوت دقة القياس أو التقدير من مجال إلى آخر، وخاصة فيما يتعلق بالظواهر والمشكلات الاجتماعية. وبوجه أخص فى ميدان المشكلات المجرَّمة. إلا أن هذا لا يعنى أبدا استحالة الوصول إلى تقديرات تقترب من الحقيقة. وهناك طرق علمية حديثة تبين لنا السبيل إلى الاقتراب من القياس الدقيق لظواهر السلوك الاجتماعى المنحرف بما فى ذلك تعاطى المواد المسببة للإدمان. وتعتمد هذه الطرق أساسا على علم الإحصاء من ناحية ومناهج البحث الاجتماعى الميدانى من ناحية أخرى. وعلى هذه الطرق مجتمعة يعتمد العلماء الذين يجرون ما يسمى بالبحوث الوبائية فى انتشار التعاطى والإدمان (Lin & Standley 1962, Soueif 1972, 1974, WHO 1973) هذا عن التقدير.

أما التقويم فنعنى به الحكم على قيمة إجراء معين، أى على مستوى كفاءته فى أداء الوظيفة التى من أجلها تم تطبيق هذا الإجراء. وفى معظم الأحوال يكون التقويم مؤسسا على التقدير، فنحن نقوم بتقدير الظاهرة أو المشكلة التى تهمنا (كأن تكون مدى انتشار تعاطى مادة إدمانية معينة فى قطاع معين من الشباب) قبل أن نتدخل بإجراء معين، ثم نقوم بتقديرها مرة أخرى بعد إتمام التدخل، ثم نقارن

بين التقديرين، فإذا وجدنا فرقا ملموسا بينهما، وكان هذا الفرق فى اتجاه ما أردناه بالإجراء الذى تدخلنا به حكمنا بقيمة أو بكفاءة هذا الإجراء. وإذا لم يظهر فرق ملموس أو ظهر فى اتجاه مضاد لما كنا نرجو، حكمنا بعكس ذلك.

وفى ميدان السياسات والبرامج الوقائية من الإدمان، يكون الترشيد بأن نحرص على القيام بهاتين العمليتين، التقدير والتقويم، كجزء لا يتجزأ من السير فى تنفيذ هذه السياسات أو البرامج. فنحصل أولا على أى قدر يتاح لنا من المعلومات المحققة عن مدى انتشار التعاطى، وأشكال هذا التعاطى، وتوزيعه بين الشرائح الاجتماعية المختلفة، وما يرتبط به من اضطرابات مرضية واجتماعية، وأحجامها وتوزيعها الاجتماعى هى الأخرى. ثم نقوم بتطبيق السياسة أو البرامج الوقائية التى أعددناها. وبعد فترة معقولة (تقدر بأنها لازمة لكى تؤتى هذه السياسة أو البرامج ثمارها المرجوة) نعود فنجمع ما جدَّ من معلومات عن مدى الانتشار وأشكاله وتوزيعه.. الخ بين الشرائح الاجتماعية التى سبق أن استهدفناها ببرامجنا، ثم نعقد المقارنات الموضوعية بين المعلومات السابقة والمعلومات اللاحقة لنتبين إذا ما كان قد طرأ تحسن يذكر على أبعاد التعاطى والإدمان التى استهدفناها بمواجهتنا أم لم يطرأ تغير يذكر. فإذا اكتشفنا أن التحسن المنشود قد حدث واصلنا العمل بالسياسة نفسها (مع إدخال المعلومات الجديدة فى اعتبارنا)، وإذا وجدنا أنه لم يحدث شىء يذكر من التحسن أو أن الموقف ازداد سوءا، بدأنا النظر فى إحداث ما يلزم من تعديلات فى خططنا على ضوء ما تجمع لدينا من معلومات ميدانية جديدة. وهكذا.

هذا هو المقصود بترشيد السياسات أو البرامج الخاصة بالوقاية من المواد المسببة للإدمان وعواقبه.

ولا يعنى ذلك أن تتوقف جميع إجراءات الوقاية حتى نجمع المعلومات الكافية لحسن تقدير حجم التعاطى وأشكاله ومضاعفاته. ولكن يعنى أن نبدأ مباشرة بإدخال المعلومات المتوفرة لدينا، وذلك بأن تحصل الأجهزة المسهمة فى تصميم

السياسات والبرامج الوقائية على هذه المعلومات، وأن تنشىء هذه الأجهزة فى بنيتها، منذ الآن، القنوات الخاصة بتحصيل أو استقبال هذه المعلومات من الكيانات المختصة والقائمة خارج هذه الأجهزة، ولا يقتصر تشغيل هذه القنوات على الحصول على المعلومات بل يمتد إلى توصيلها إلى داخل الأجهزة، إلى مراكز اتخاذ القرار داخل هذه الأجهزة. ثم يكون من واجب هذه الأجهزة، إلى مراكز اتخاذ القرار داخل هذه الأجهزة. ثم يكون من واجب هذه الأجهزة أن تعرف كيف تستخدم هذه المعلومات على مستوى وضع السياسات، وعند تصميم البرامج التفصيلية، وعند تنفيذها هذا هو الترشيد المطلوب.

وربما ساعد فى توضيح التصور المطروح هنا أن نشبه المجتمع بمصنع كبير؛ لابد لهذا المصنع، إذا أريد له أن يقترب من الحد الأمثل فى توظيف طاقاته، لابد له من أن يعمل حسب خطة عامة تكامل بين كل العمليات الفرعية التى تقوم بها أقسامه وأطقمه المختلفة. ولابد أن يكون في تصميم بنيته أقسام مهمتها الأساسية تحصيل المعلومات عن الجديد فى أمر الصناعة التى يقوم بها المصنع (الجديد فيما يتعلق بفنية الصناعة وفيما يختص بحالة السوق من حيث العرض والطلب)، وأن تكون هذه الأقسام على اتصال مباشر بالإدارة الفنية المتوسطة والعليا (حيث تصنع القرارات)، وأن تعرف الإدارة الفنية للمصنع كيف تستخدم هذه المعلومات، ومتى، وأن تستخدمها فعلا، وأن ترصد نتائج هذا الاستخدام لتقويم ما استحدث من تطوير.

هذا التشبيه، تشبيه المجتمع بالمصنع الكبير، وتشغيل المجتمع بتشغيل المصنع الكبير، قد يساعد على أن يقتنع بعضنا بعملية الترشيد. لأن مفهوم الترشيد أمر وارد فى الصناعة، أكثر بكثير مما هو وارد فى شئون إدارة المجتمعات. ولكن هذا التشبيه يجب ألا يؤخذ على إطلاقه، لأن الفروق متعددة ومعقدة بين المصنع والمجتمع وهو أمر لا نستطيع أن نتجاهله، وإن كنا نوصى باستخدام التشبيه، ولكن فى حدوده المعقولة.

ونعود الآن إلى الحديث المباشر عن ترشيد السياسة الوقائية فى مواجهة التعاطى والإدمان. بدون الترشيد ستكون الجهود المبذولة مجرد ردود فعل لحالة من القلق القومى الذى يشتد حينا ويهدأ حينا آخر حسب ظروف غاية فى التركيب والتعقيد. وبالتالى ستظهر ردود الفعل كذلك فى موجات موازية ترتفع أحيانا وتنخفض أحيانا أخرى فيما تكشف عنه من اهتمام. والنتيجة النهائية أنها سوف تنطوى على إهدار شديد للأموال والطاقات، لأننا فى كل مرة من مرات ارتفاع الموجة سوف نبدأ من جديد ويكون ما حصلناه من قبل من خبرات ومعلومات قد تلاشى أو علاه الصدأ بحيث لم يعد صالحا للاستعمال. وربما عاد هذا التصرف على المجتمع بأضرار لم تكن فى الحسبان.

وفى ختام هذا الحديث عن الترشيد يبقى سؤال هام؛ وهو سؤال عن المعلومات المطلوبة فى هذا الشأن، هل يوجد لدينا معلومات ـ ذات حجم معقول ـ عن مدى انتشار التعاطى الإدمانى، وأشكاله، والمشكلات الصحية والاجتماعية المترتبة عليه، فى مجتمعنا المصرى. هل هذه المعلومات موجودة فعلا؟

الإجابة الصادقة والمباشرة، هى: نعم، هذه المعلومات موجودة فعلا. ونحن لاندعى بهذه الإجابة أن المعلومات المتوفرة لدينا متوفرة بأفضل صورة، وعلى أعلى مستوى كما وكيفا. ولكن ما ندعيه ونجزم به أنها موجودة بقدر لا بأس به، وبصورة تسمح بالاستغلال المباشر، ولكن معظمها لم يُستغل بعد.

ومع ذلك فهذه المعلومات متنوعة، ومصادرها متعددة، وربما كان أهم هذه المصادر فى الوقت الراهن التقارير المنشورة، وغير المنشورة للإدارة العامة لمكافحة المخدرات، والتقارير الصادرة عن المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية، أو الصادرة تحت رعايته، باسم «هيئة بحث تعاطى الحشيش فى مصر»، و«البرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات»، و«الوحدة البيولوجية». وتعتبر التقارير الصادرة عن الإدارة العامة للمكافحة، وتلك الصادرة عن المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية متكاملة فيما بينها، فتقارير إدارة المكافحة تركز الضوء على

أحجام المواد المضبوطة ونوعياتها، والدعاوى المعروضة على القضاء وما صدر فى بعضها من أحكام، مع تقديم نماذج لحالات فردية من القضايا والجناة. وعلى ضوء هذه المعلومات يمكن للقارىء تكوين صورة إجمالية عن حجم مشكلة المخدرات فى مصر، والأحجام النسبية لمشكلة كل مخدر على حدة. وفى مقابل ذلك تركز منشورات المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية الضوء على تفاصيل مشكلة التعاطى داخل المجتمع، من الذى يتعاطى، وما الذى يتعاطاه، وكيف، وفى ظل أى الظروف يتم التعاطى، وما هى المشكلات الطبية والنفسية والاجتماعية التى تعانى منها كل فئة من المتعاطين؟ الصورة الأولى شاملة، والصورة الثانية مجهرية (أو ميكروسكوبية)، ولا يمكن لواضع السياسة الوقائية فى هذا المجال أن يستغنى عن إحدى الصورتين ويكتفى بالأخرى، ولكن لابد له من أن يكامل بين الصورتين فى صورة جديدة، ستكون فى هذه الحالة صورة مجسمة لواقع المشكلة فى حياتنا الاجتماعية. ويؤكد الحاجة إلى هذا التكامل أن كلا من الصورتين تقدم بعض العناصر التى لا وجود لها أصلا فى الصورة الأخرى؛ فالصورة التى تقدمها إدارة المكافحة تقدم عنصر التهريب والتجارة والقضايا والأحكام وهو ما لا وجود له أصلا فى منشورات المركز القومى؛ والصورة التى تعرضها منشورات المركز تقدم (ضمن ما تقدمه) الجانب الخاص بتعاطى وإدمان الكحوليات كما تقدم منظور المشكلات الصحية والنفسية الاجتماعية المرتبطة بالتعاطى الإدمانى وهو مالا وجود له فى تقارير إدارة المكافحة. الأولى يقع معظمها على محورى العرض والنتائج، والثانية ينتظم معظمها على محورى الطلب والنتائج. من أجل ذلك نقول إن واضع السياسة الوقائية لابد له من أن ينفتح على الصورتين الحاصلتين من النوعين من التقارير أو المنشورات وأن يكامل بينهما.

ولاشك أن هناك نوعيات أخرى من المعلومات الماسة بصميم مشكلة التعاطى الإدمانى، متوفرة لدى مصادر أخرى رسمية (مثل وزارة الصحة)، وغير رسمية

(مثل الجمعية المركزية لمكافحة المخدرات والمسكرات). وربما جاز لنا أن نتوقع توفير مزيد من المعلومات المناسبة من مصادر أخرى إذا أمكن بذل بعض الجهود التنظيمية الإضافية.

والمعنى الهام الذى نريد الإشارة إليه من هذا الحديث عن المعلومات، أن المعلومات المطلوبة لترشيد السياسة والبرامج الوقائية موجودة فعلا، وبقدر لا بأس به، ولكن معظمه لم يستغل بعد. وبالتالى يكون السؤال المطروح فى هذا الموضع هو كيفية استغلال هذه المعلومات فى ترشيد سياسة وقائية متكاملة تتبناها الدولة، وتدعو للإسهام فى تنفيذها الجهات الرسمية وغير الرسمية.

تلخيص:

والخلاصة، أن اللحظة الراهنة، وقد تم تشكيل المجلس القومى لمكافحة وعلاج مشكلة الإدمان، تتطلب التعجيل بأن يتبنى المجلس خطة قومية شاملة ومتكاملة للوقاية من التعاطى الإدمانى وما يترتب عليه من مشكلات. ولكى يتوفر لهذه الخطة أو السياسة الوقائية (والبرامج المترتبة عليها) مستوى معقول من الكفاءة يشترط، أولا وقبل كل شىء، أن تكون هذه السياسة موجهة نحو أهداف تتصف بصفتين رئيسيتين، هما: أن تكون محددة، وأن تكون واقعية. وتعتبر الأهداف محددة بقدر ما يتعين فيها - صراحة - مستوى الوقاية المطلوب، والشريحة الاجتماعية المستهدفة بهذه الإجراءات أو تلك، والمادة أو مجموعة المواد الإدمانية المطلوب التصدى لها. كما أن الأهداف تعتبر واقعية: بقدر ما تكون ملائمة لمدى التعقد فى مشكلة الإدمان عموما، وفى المشكلة النوعية لإدمان هذه أو تلك من المواد المسببة للإدمان؛ وبقدر ما تكون محسوبة كذلك على أساس النتائج القريبة والبعيدة.

أما عن طبيعة السياسة الوقائية الشاملة ومكوناتها فلابد لهذه السياسة من أن تقوم على محاور ثلاثة: هى محور العرض، ومعظمه قانونى وشرطى، ومحور الطلب ومعظم ما فيه تربوى وإعلامى، وبعضه اقتصادى/ اجتماعى، والبعض

طبى. ومحور النتائج، ومضمونه غالبا طبى، أو طبى/ نفسى/ اجتماعى.

وقد أوضحنا كيف أن الأمل فى توفير هذه المحاور الثلاثة للسياسة الوقائية المتكاملة هو ما نستشفه وراء تشكيل المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان بالصورة التى شكل بها. ومن ثم ألححنا على ضرورة الحرص منذ البداية على الإبقاء على منظور مشكلة الإدمان كمشكلة مجتمعية وعدم السماح باستقطابها إلى جانب واحد من جوانب الحياة الاجتماعية المتعددة والمتشابكة.

وأخيرا تحدثنا عن ضمانات الترشيد المتواصل لهذه السياسة، بأن يدخل فى صميم بنيتها منذ البداية (أى فى التصميم الأساسى للخطة) القنوات التى تضمن التدفق المتواصل للمعلومات، وأسلوب العمل الذى يضمن الاستناد بصورة دورية على تقدير (وإعادة تقدير) حجم المشكلة، وشكلها ومضاعفاتها، هذا من ناحية؛ وعلى تقويم كفاءة البرامج المطبقة بالاستعانة بالمقارنة بين التقديرات المتتابعة، وذلك لإدخال التعديلات المناسبة، فى التوقيت المناسب، على الخطة والبرامج المتفرعة عنها أولا بأول.

تعقيبات مفصّلة

١ ـ مصطلح الإدمان، ومصطلح الاعتماد:

فى النصف الثانى من الخمسينيات بدأ تعريف مصطلح «الإدمان» يثير كثيرا من الجدل فى دوائر التخصص الطبية النفسية والفارماكولوجية، والسيكوفارماكولوجية، وذلك لأسباب متعددة لا محل لتفصيل القول فيها فى هذا المقام. وانتقل هذا الجدل إلى لجان الخبراء فى هيئة الصحة العالمية. وانتهى فى مرحلة من مراحله (سنة ١٩٥٧) إلى ضرورة صك مصطلح جديد هو مصطلح «الاعتياد» يستخدم جنبا إلى جنب مع مصطلح الإدمان لوصف فئة من الحالات النفسية تدور حول التعلق القهرى بتعاطى بعض المواد المؤثرة فى الأعصاب دون أن تنطبق عليها تماما دقائق تعريف الإدمان. واستمر الحال كذلك حتى سنة ١٩٦٤ . ولكن فى أثناء هذه المدة كان الجدل قد احتدم من جديد حول

مدى دقة التفرقة بين «الاعتياد» و«الإدمان». ومرة أخرى احتل هذا الموضوع اهتمام لجان الخبراء فى هيئة الصحة العالمية. واستقر الأمر داخل هذه اللجان على ضرورة التخلى عن المصطلحين، «الاعتياد» و«الإدمان»، وإحلال مصطلح جديد يقوم مقام الاثنين معا، هو مصطلح «الاعتماد»، على أنه يجمع بين العناصر الأساسية التى تمثل المقام المشترك بين «الاعتياد» و«الإدمان» وفى الوقت نفسه يتحاشى نقاط التعارض بين المصطلحين. واشترط الخبراء لكى يكون استخدام مصطلح «الاعتماد» دقيقا أن يقرن دائما باسم المادة أو فئة المواد المؤثرة فى الأعصاب التى يقصد الكاتب إلى الحديث عنها. فيقال مثلا «الاعتماد الكحولى» و«الاعتماد المورفينى» و«الاعتماد على المهلوسات»... الخ. ووضعت لهذا الغرض قائمة بحصر المواد أو فئات المواد التى ينسب إليها الاعتماد. (انظر فى هذا الصدد (WHO 1964, No 273 & 287).

وسيلاحظ القارىء لهذا البحث الراهن أننا نتحرك بين مصطلحى الإدمان والاعتماد كأنهما مترادفان. وهو تحرك غير دقيق. ولكننا رأينا أن نرتضى هذا القدر من عدم الدقة فى الوقت الحاضر لأن القارىء العربى اعتاد ـ منذ زمن على مصطلح الإدمان ـ ورأينا فى الوقت نفسه أن نقدم له بالتدريج الكافى كلمة الاعتماد، ونرجو أن نجتاز فى المستقبل القريب هذه المرحلة ونكتفى بمصطلح الاعتماد حتى نواكب مسيرة الفكر العالمى المتخصص.

٢ ـ يعتبر موضوع قياس «الاتجاهات النفسية» وتغييرها من الموضوعات الهامة فى علم النفس الاجتماعى الحديث. وقد شغل الاهتمام به أذهان العلماء منذ فترة العشرينيات من هذا القرن، ولكنه بلغ مستويات جديدة من العناية النظرية والتقنية بعد الحرب العالمية الثانية. (انظر فى هذا الصدد الفصل الرابع من كتاب Kahn 1984، والفصل العاشر من كتاب Berkowitz 980).

ومع تزايد الاهتمام العلمى بموضوع تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب، وخاصة فى فترة العشرين سنة الأخيرة، وانصراف قدر كبير من هذا الاهتمام إلى

ابتكار الطرق الناجعة للتحكم الوقائى والعلاجى فى ظاهرة التعاطى اتجهت انظار عدد من العلماء إلى الاستفادة من تقنيات تغيير الاتجاهات لاستغلالها فى هذا المجال. (انظر فى هذا الصدد Brelnon & Back 1968, Seymour & Botto 1976, Mcpeek & Edwards 1975, Horowitz & Sedlacek 1973, Stokes 1974).

٣ ـ من أهم المشكلات التى تثار فى هذا الصدد مشكلة الآثار الجانبية (أى غير المرغوب فيها) فهذا التعليم. وبوجه خاص، سؤال: إلى أى مدى سنجد أنفسنا متورطين فى إثارة حب الاستطلاع عند عدد معين من التلاميذ مع أننا قصدنا بالعملية التعليمية فى هذا المجال صرفهم عن الإقبال على التعاطى. ويجب ألا يستهين القارىء بما ينطوى عليه هذا السؤال من أخطار حقيقية؛ خاصة وأننا هنا فى بحوثنا التى أجريناها على عينات متنوعة تتكون من آلاف من شباب الطلاب والعمال فى البيئة المصرية، وجدنا اقترانا جوهريا (وإن كان محدودا) بين التعاطى وبين التعرض لمعلومات تتعلق بالمخدرات.

ويترتب على ذلك عدد من الأسئلة الفرعية، منها على سبيل المثال: هل هناك طرق تعليمية من شأنها أن تثير حب الاستطلاع عند التلاميذ (وهو الأثر الجانبى المرفوض فى مجالنا هذا) وطرق أخرى لا تثير حب الاستطلاع؟ أم أن جميع الطرق التعليمية يحتمل أن تترتب عليها هذه الآثار الجانبية ولكن بدرجات متفاوتة؟ وفى هذه الحالة يكون السؤال الذى يجب أن يثار هو: ما هى خصائص العملية التعليمية التى تعطى أفضل عائد من حيث صرف الشباب عن التعاطى مع اقل احتمال ممكن للآثار الجانبية؟ أى أن يكون الحسم هنا على أساس نسبة الغنم/ الغرم. وجدير بالذكر أن هيئة الصحة العالمية نبهت فى عدد من تقاريرها إلى هذه المخاطر بمعنى أن المسألة هنا تستوجب الحذر من التفكير المسطح الذى يبسّط الأمور تبسيطا مخلا، فنتصور بسذاجة أن التعليم سيحل هذه المشكلة. انظر فى هذا الصدد (Swift et al 1974, Smart & Fejer 1974).

٤ ـ أشرنا فى بحث سبق لنا أن تقدمنا به إلى لجنة الخبراء الدائمين لبحوث المخدرات بهيئة الصحة العالمية، إلى أن تحسين ظروف العمل تعتبر من بين الشروط الضرورية لخفض الطلب على المخدرات. ويستند هذا الشرط إلى بعض النتائج الواقعية التى توصلنا إليها فى بحوثنا الميدانية. نسوق منها فى هذا الموضع عددا محدودا للغاية: تبين لنا، فى بحوثنا المبكرة على متعاطى القنب (الحشيش) أن نسبة كبيرة منهم بلغت ٥٨,٩٪ كانت مضطرة إلى العمل عددا كبيرا من الساعات يوميا (بلغ فى بعض الحالات ١٥ ساعة متواصلة) لكسب قوتهم اليومى. كذلك أمكن لنا أن نجد معامل ارتباط (توافق) مقداره ٠,٥١ بين عدد مرات التعاطى فى الشهر وعدد ساعات العمل اليومى. كذلك أمكن لنا التحقق من وجود معامل توافق مقداره ٠,٣٦ بين مقدار جرعة المخدر التى يتعاطاها المتعاطى فى الجلسة الواحدة وبين عدد ساعات العمل اليومى. ومعنى ذلك باختصار أن هناك ميلا مطردا إلى زيادة حجم التعاطى مع زيادة عدد ساعات العمل اليومى. (كان حجم العينة = ٢٠٤ فردا).

غير أن تحليلنا لظروف العمل يجب ألا يقف عند حدود التبسيط المخل. فمصادر المشقة فى بيئة العمل متعددة ولا تتوقف فقط عند نقطة عدد الساعات التى يضطر العامل إلى قضائها يوميا فى أداء عمله. وفى البحث المشار إليه فى بداية هذا التعقيب أوضحنا أن المصادر الأساسية للمشقة فى بيئة العمل يمكن تصنيفها تحت فئتين: هما:

أ ـ مصادر تثير لدى الفرد قدرا متزايدا من فائض التوتر (أى التوتر الذى لا يخدم هدفا يتعلق بإنجاز العمل وبالتالى فهو زائد عن الحاجة) وذلك من خلال فقدان الشعور بالاطمئنان، بالإضافة إلى الإحباط، والسأم.

ب ـ مصادر تثير لدى الفرد مشاعر «الاغتراب»، بمعنى أن يشعر الفرد بأنه «غريب» فى هذه البيئة؛ وهذه المشاعر هى القطب المضاد لمشاعر «الانتماء» (انظر Soueif 1974).

وقد أشارت لجنة الخبراء الدائمين لبحوث التعاطى، التابعة لهيئة الصحة العالمية، أشارت فى تقرير صادر عنها فى سنة ١٩٧٤ إلى ضرورة التقليل من المشاق التى تسببها مصادر بيئية عامة كواحد من الإجراءات الوقائية ضد التعاطى والإدمان. وخصت بالذكر فى هذا الصدد المشاق الناجمة عن انسداد سبل الترقى فى الحياة أمام الفرد، وظروف العامل غير الصحية أو غير الآمنة، وبعض المظالم التى تقع على الفرد فى مجال عمله (انظر WHO 1974, No. 551, p. 5).

٥ ـ أشارت هيئة الصحة العالمية فى عدد من تقاريرها الفنية إلى ضرورة مراعاة كافة الإجراءات المشروعة للحيلولة دون تسرب العقاقير المسببة للإدمان من قنوات الاستعمال الطبى المشروع إلى القنوات غير المشروعة للتعاطى. وجاء فى أحد التقارير على سبيل المثال، ما يأتى: «وللحيلولة دون تسرب الأدوية المسببة للإدمان، من القنوات المشروعة إلى غير المشروعة، أن تكون التذاكر الطبية التى تأذن بتناول هذه الأدوية، قليلة العدد، محدودة الصلاحية..» (انظر المرجع السابق ص ٣٦؛ وانظر كذلك ص ١٩ WHO 1970, No. 497).

٦ ـ نص القرار الجمهورى الصادر بتشكيل المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان:

قرار رئيس جمهورية مصر العربية

رقم ٤٥٠ لسنة ٩٨٦

بتشكيل المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان

رئيس الجمهورية

بعد الاطلاع على الدستور،

قرر

(المادة الأولى)

يشكل المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان برئاسة رئيس مجلس الوزراء وعضوية كل من: ..

- وزير التأمينات الاجتماعية والشئون الاجتماعية.

- وزير القوى العاملة والتدريب.

- وزير العدل.

- وزير الإعلام.

- وزير الحكم المحلى.

- وزير الأوقاف.

- وزير الثقافة.

- وزير التعليم العالى.

- وزير الصحة.

- وزير الداخلية.

- رئيس المجلس الأعلى للشباب والرياضية.

- مدير المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

- ويكون للمجلس مقررا يتولى المجلس اختياره من بين أعضائه.

وللمجلس أن يستعين بمن يرى الاستعانة بهم فى أعماله من الخبراء والمختصين فى مجال مكافحة المخدرات وعلاج الإدمان من بين ذوى الخبرة وأساتذة الجامعات ومراكز البحوث وغيرهم دون أن يكون لهم صوت معدود فى اتخاذ القرارات.

(المادة الثانية)

يختص المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان بما يأتى:

١ - وضع السياسات المطلوب الالتزام بها فى مجال مكافحة وعلاج الإدمان.

٢ - اقتراح التشريعات والنظم اللازمة للنهوض بمكافحة وعلاج الإدمان.

٣ ـ تحديد دور كل من الوزارات والهيئات والمؤسسات الحكومية أو العامة أو الخاصة فى تنفيذ برامج مكافحة وعلاج الإدمان، والتنسيق فيما بينها، والتأكد من مساندتها لهذه البرامج والاشتراك فى تنفيذها.

٤ ـ تقييم التجارب الناجحة فى مجال مكافحة وعلاج الإدمان وتحديد مجالات الاستفادة منها.

٥ ـ تقييم نشاط مكافحة وعلاج الإدمان وإنجازاته، وإيجاد الحلول المناسبة للمشاكل والصعوبات التى تعترض ذلك.

٦ ـ الإشراف على تنفيذ اتفاقات المعونة والمساعدات المقدمة من الأشخاص الاعتبارية العامة أو الخاصة أو الهيئات الأجنبية لمصر فى مجال مكافحة وعلاج الإدمان.

٧ ـ نظر المسائل الأخرى التى يرى رئيس المجلس عرضها عليه بحكم اتصالها بمكافحة وعلاج الإدمان.

وللمجلس أن ينشىء لجانا فرعية طبية ودينية واجتماعية ونفسية وأمنية لاكتشاف أفضل الطرق للوقاية والعلاج من الإدمان.

(المادة الثالثة)

تكون قرارات المجلس نهائية ونافذة، وتكون ملزمة لجميع الوزارات والجهات المعنية وعليها اتخاذ الإجراءات اللازمة لتنفيذها، وعلى هذه الجهات تزويد المجلس بما يطلبه من تقارير أو بيانات أو إحصاءات تتصل بنشاطه.

(المادة الرابعة)

يجتمع المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان بناء على دعوة من رئيسه مرة على الأقل كل ثلاثة شهور، ويتولى مقرر المجلس تنظيم أعماله.

(المادة الخامسة)

يكون للمجلس أمانة فنية يرأسها مقرر المجلس تتولى المهام الآتية:

١ ـ إعداد مشروع الخطة القومية للوقاية والعلاج من الإدمان وبرامجها.

٢ ـ إبلاغ قرارات المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان إلى الوزارات والجهات المعنية ومتابعة تنفيذها.

٣ ـ الاتصال بالجهات والهيئات المحلية والاجنبية والدولية لتبادل المعلومات والخبرات فى مجال الوقاية والعلاج من الإدمان.

٤ ـ متابعة تنفيذ الخطط والبرامج التى يقرها المجلس القومى لمكافحة وعلاج الإدمان وتقديم تقارير دورية عنها.

(المادة السادسة)

ينشر هذا القرار فى الجريدة الرسمية، ويعمل به من اليوم التالى لتاريخ نشره.

صدر برئاسة الجمهورية فى ٢٢ صفر سنة ١٤٠٧هـ الموافق ٢٦ أكتوبر سنة ١٩٨٦م.

المراجع:

Berkowitz, L. (1980) *A survey of social psychology*. New York: Holt, Rinehart & Winston, 2 nd ed.

Brehm, M. & Back, K. (1968) Self image and attitudes towards drugs, *j. Person.*, 36, 299 - 314.

Convention on psychotropic substances 1971, New York: U.N. 1977.

Horowitz, j. & Sedlacek, W. (1973) University student attitudes and behaviour toward drugs, *J. of college student personnel,* 14/3, 236 - 237.

Lin, T. & standley, C.C. (1962) *The scope of epidemiology in psychiatry,* Geneva: WHO,

Mc peek, R. & Edwards, G. (1975) Expectancy disconfirmation and attitude change, *J. soc. psychol.*, 1975, 96, 193 - 208.

Pallak, S.R., Pittman, T.S.& Pallak, M.S. (1984) Attitudes: Their nature, formation and change, in *Social psychology* A.S. Kahn, M.V. Donnerstein & E.I. Donnerstein eds., Dubuque, Iowa: 80 - 111.

Seymour, F. & Botts, R. Marijuana attitude scale, in *Drug abuse instrument handbook* A. Nehemkis, M. A. Macari & D.J. Letteiri, washington D.C.: NIDA research issues series, vol. 12, U.S. government Printing office.

Smart, R.G. &Fejer, D. (1974) *Drug educaton: current issues, futuure directions,* Toronto: ARF.

Soueif, M.I. (1974) Some issues of major importance for prevention of drug dependence, *National Rev. Soc. Sc.*, (Cairo), 11/2, 39 - 61.

Soueif, M.I. (1974) Evaluation of dependence - liability of drugs: the epidemioloical approach. paper submitted to the Scientific group on progress in Methodology of Evaluation of Dependence Liability of Drugs, WHO, Geneva, November (memeographed).

Soueif, M.I. (19720 The epidemiology of drug dependence: a discussion of some technical problems, paper submitted to the Expert Committee on Drug Dependence, WHO, Geneva, November. (Later published in: Soueif, M.I. (1980) *Drug dependence: problems of behavioural research,* Cairo: National Centre for Social and Criminological Research, .

Stokes, j.(1974) Personality traits and attitudes and their relationship to

student drug using behaviour, *Intern. j. Addict.*, 9/2, 267 - 287.

Swift, B., Dorn, N. & Thompson, A. (1974) Evaluation of drug education' Technical Report to the sir Halley Stewart Trust and to the Council of the I.S.D.D., London: I.S.D.D. (memeographed).

WHO Techn. Rep. Ser. No. 273, Geneva, 1964.

WHO Techn. Rep. Ser. No. 286, Geneva, 1964.

WHO Techn. Rep. Ser. No. 497, Geneva, 1970.

WHO Techn. Rep. Ser. No. 526, Geneva, 1973.

WHO Techn. Rep. Ser. No. 551, Geneva, 1974.

WHO expert working group, Health policies to combat drug and alcohol problems: sydney & Canberra, Australia, 24 - 31 March 1988. (memeographed).

❁ ❁ ❁

المحتويات

الإهداء ٧

مقدمة ٨

تصدير ١١

الفصل الأول: مشكلة المخدرات بنظرة علمية ١٥

الفصل الثاني: تعاطى المخدرات بين الشباب المصريين:
مبادئ أساسية لمشروعات الوقاية ٢٨

الفصل الثالث: المسوح الميدانية كأداة علمية لتقدير حجم
المشكلة وخطورتها ٤٠

الفصل الرابع: إسهامات العلوم الاجتماعية فى بحوث تعاطى
المسكرات والمخدرات ٦٤

الفصل الخامس: دروس مستفادة من بحوث تعاطى المخدرات فى
مصر ١٠٠

الفصل السادس: علاج الإدمان: الخبرة المصرية فى إطارها
الحضارى ١١٥

الفصل السابع: نحو سياسة وقائية متكاملة فى مواجهة مشكلات
الإدمان فى مصر ١٣٠

رقم الإيداع : ١١٨٢١ / ٢٠٠١

I.S.B.N. 977 - 01 - 7358 - 4



لقــد أدركنا منذ البداية أن تكوين ثقافة المجتمع تبدأ بتأصيل عــادة القــراءة، وحب المعـرفـة، وأن المعـرفـة وسيلتها الأساسية هى الكتــاب، وأن الحق في القــراءة يماثل تمامــاً الحق فى التعليم والحق فى الصحــة.. بل الحق فى الحياة نفسها.

سوزان مبارك